

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

PERFECTIONNISME CHEZ LES FEMMES QUI PRÉSENTENT DES FRÉNÉSIES  
ALIMENTAIRES

ESSAI DE 3<sup>e</sup> CYCLE PRÉSENTÉ  
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU  
DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE  
(PROFIL INTERVENTION)

PAR  
GABRIELLE LAVOIE

JANVIER 2020

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

## UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

**Cet essai de 3<sup>e</sup> cycle a été dirigé par :**

---

Frédéric Langlois, Ph.D., directeur de recherche      Université du Québec à Trois-Rivières

---

Annie Aimé, Ph.D., codirectrice de recherche      Université du Québec en Outaouais

**Jury d'évaluation de l'essai :**

---

Frédéric Langlois, Ph.D.      Université du Québec à Trois-Rivières

---

Marie-Pierre Gagnon-Girouard, Ph.D.      Université du Québec à Trois-Rivières

---

Olivier Pelletier, Ph.D.      CIUSSS-Capitale-Nationale

Ce document est rédigé sous la forme d'un article scientifique, tel qu'il est stipulé dans les règlements des études de cycles supérieurs (Article 138) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. L'article a été rédigé selon les normes de publication d'une revue reconnue et approuvée par le Comité d'études de cycles supérieurs en psychologie. Le nom des directeurs de recherche pourrait donc apparaître comme coauteurs de l'article soumis pour publication.

## Sommaire

Le perfectionnisme est un facteur de risque et de perpétuation des troubles des conduites alimentaires (TCA). Défini par la recherche de hauts standards et la tendance à s'évaluer sévèrement, le perfectionnisme est reconnu pour être associé à l'anorexie mentale. Toutefois, il s'observe aussi chez les individus présentant des symptômes alimentaires de type frénésies alimentaires. L'objectif de l'étude est d'illustrer comment les quatre profils de perfectionnisme du modèle 2X2 de Gaudreau et Thompson (2010), sont associés à des symptômes alimentaires et des processus psychologiques chez des femmes adultes présentant des frénésies alimentaires. Ainsi, quatre groupes de perfectionnisme ont été créés à partir d'un échantillon de 403 femmes adultes qui consultent pour des problèmes d'alimentation et qui rapportent avoir des frénésies alimentaires. Les quatre groupes ont été déterminés à l'aide des deux dimensions principales du perfectionnisme, la Recherche de hauts standards et les Préoccupations perfectionnistes, et vont comme suit : (1) *Non perfectionniste*, (2) *Standards personnels purs*, (3) *Profil mixte* et (4) *Préoccupations pures*. Des différences de médianes ont été réalisées à travers les groupes sur la base de mesures de TCA et de processus psychologiques associés (estime de soi, estime corporelle et dépression). Une analyse discriminante a également été conduite pour vérifier si les variables mesurées permettent de distinguer les groupes. Plusieurs différences de médianes significatives ont été obtenues entre les groupes, sans toutefois entièrement confirmer les hypothèses émises. Les analyses de comparaison de groupe démontrent que : 1) le groupe *Profil Mixte* ressort comme ayant plus de symptômes alimentaires; 2) les groupes *Non perfectionniste* et *Standards personnels purs* obtiennent des scores plus

bas aux symptômes alimentaires et de meilleurs scores aux processus psychologiques associés; 3) les groupes *Préoccupations pures* et *Profil Mixte* ressortent comme ayant de moins bons scores aux processus psychologiques associés (estime de soi, estime corporelle et dépression). Les résultats à l'analyse discriminante confirment qu'il est possible de distinguer les quatre groupes à partir des symptômes TCA et des processus psychologiques mesurés. Les groupes centroïdes sur les deux équations de régression démontrent que : 1) les groupes avec une plus forte Recherche de hauts standards présenteraient davantage de symptômes TCA et 2) les groupes à fortes Préoccupations perfectionnistes présenteraient un moins bon fonctionnement sur les processus psychologiques associés (estime soi, estime corporelle et symptômes dépressifs). Dans l'ensemble, les résultats infirment l'effet protecteur de la Recherche de hauts standards dans l'échantillon actuel. En ce sens, le groupe *Standards personnels purs* ne présente pas un meilleur fonctionnement que le groupe *Non perfectionniste* et le groupe *Profil mixte* ne présente pas un meilleur fonctionnement psychologique que le groupe *Préoccupations pures*. Chez les femmes qui ont des frénésies alimentaires, l'impact négatif des préoccupations perfectionnistes semble être accru lorsque le niveau de Recherche de hauts Standards est plus élevé, tel qu'observé dans le groupe *Profil Mixte*. Sommairement, les résultats aux différentes analyses suggèrent que la Recherche de hauts standards est associée à davantage de symptômes TCA alors que les Préoccupations perfectionnistes entravent davantage le fonctionnement général des participantes aux processus psychologiques associés. Les deux dimensions du perfectionnisme apparaissent donc

importantes à considérer dans le traitement clinique des femmes qui présentent des frénésies alimentaires.

## Table des matières

Sommaire .....	iv
Liste des figures .....	x
Figure .....	x
Liste des tableaux.....	xi
Tableau.....	xi
Remerciements.....	xii
Introduction générale .....	1
Le perfectionnisme.....	3
Le modèle de Frost et ses collègues (1990) .....	4
Le modèle Hewitt et Flett (1991).....	5
Étude du perfectionnisme aujourd’hui .....	6
Perfectionnisme et troubles des conduites alimentaires.....	13
Frénésies alimentaires .....	17
Processus psychologiques associés aux frénésies alimentaires .....	23
Dépression.....	24
Estime .....	25
Estime corporelle. ....	26
Article scientifique. Perfectionnisme chez les femmes qui présentent des frénésies .....	28
Résumé.....	30
Contexte théorique .....	32
Théorie du perfectionnisme .....	32



Perfectionnisme et troubles des conduites alimentaires.....	35
Processus psychologiques associés aux frénésies alimentaires .....	37
Estime de soi.....	38
Estime corporelle.....	39
Dépression.....	39
La présente recherche.....	40
Hypothèses.....	40
Méthodologie .....	41
Participants.....	41
Procédure .....	43
Outils de mesure .....	43
Eating Attitude Test 26 version française.....	43
Eating Disorder Examination Questionnaire-6 version française.....	43
Body Esteem Scale version française .....	44
Rosenberg Self-Esteem Scale version française .....	45
Center for Epidemiologic Studies Depression Scale version française .....	45
Frost Multidimensional Perfectionism scale version française .....	46
Plan d'analyses.....	46
Résultats .....	49
Création des groupes.....	49
Analyses préalables.....	49
Différences de moyennes des deux dimensions.....	49

Analyse discriminante.....	54
Discussion .....	56
Conclusion .....	63
Références.....	64
Conclusion générale.....	73
Perfectionnisme et TCA.....	76
Frénésies alimentaires .....	81
Références générale .....	83

## Liste des figures

### Figure

- 1.. Représentation des quatre groupes de perfectionnisme du modèle de Gaudreau et Thompson ..... 12
- 2.. Fonctions discriminantes canoniques en fonction des groupes de perfectionnisme. .... 56

## Liste des tableaux

### Tableau

- 1.. Analyse de variance à un facteur sur les dimensions du perfectionnisme en fonction de la variable groupe de perfectionnisme .....50
- 2.. Analyse de différences de médiane sur les mesures de symptômes de TCA et processus psychologiques en fonction de la variable groupe de perfectionnisme .....53
- 3.. Analyse discriminante sur les mesures de symptômes TCA et processus psychologiques en fonction de la variable groupe de perfectionnisme .....55

## **Remerciements**

Je souhaite exprimer mes plus sincères remerciements à mon directeur de recherche, monsieur Frédéric Langlois, Ph.D., professeur au Département de psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières pour son soutien exceptionnel et constant durant tout ce long processus. Ses précieux conseils, son savoir en psychologie et son aide pour les analyses statistiques ont rendu possible la réalisation de la présente recherche. Je tiens également à remercier grandement ma codirectrice de recherche, Annie Aimée, Ph.D., professeur au Département de psychoéducation et de psychologie à l'Université du Québec en Outaouais, pour son soutien académique et moral, son professionnalisme, ses réflexions toujours exactes et aidantes qui ont su aider mon développement en tant que scientifique et future professionnelle.

Sur le plan plus personnel, je souhaite également remercier mes soeurs, Marie-Anne et Valérie, pour leur soutien moral ainsi que leur foi en mes capacités et ma persévérance. De plus, je souhaite souligner le support et la présence continuelle de mes amies de longue date, Geneviève, Ariane et Camille, qui ont fait une grande différence durant cette longue aventure au doctorat. Un merci spécial à mes collègues et amies psychologues, Laurence Plouffe, Vanessa Gaudet, Marie-Gabrielle Pettigrew-Littalien et Marie-Ève Martel. Votre aide, vos conseils, les moments des fous rires échangés ont apporté un plus léger à travers les dernières années.

## **Introduction générale**

Cet essai doctoral porte sur l'association entre le perfectionnisme et les frénésies alimentaires. Il a comme objectif de tester des différences entre des profils de perfectionnisme au niveau de symptômes alimentaires et de processus psychologiques associés aux troubles des conduites alimentaires (TCA) dans un échantillon de femmes qui présentent des frénésies alimentaires et qui consultent pour des problèmes d'alimentation et d'image corporelle. L'essai est composé de trois parties principales : une introduction générale, un article scientifique, ainsi qu'une conclusion générale.

La première partie est composée de l'introduction générale où sera présentée une définition et mise en contexte des différentes variables d'intérêts pour le projet doctoral. Ainsi, un historique de l'étude du perfectionnisme et une mise à jour sur les connaissances et modèles actuels seront présentés, l'association entre le perfectionnisme et les troubles des conduites alimentaires sera discutée, et plus en détail, l'association entre le perfectionnisme et les frénésies alimentaires sera observée. Pour terminer, les processus psychologiques associés aux deux variables principales seront abordés et définis.

La deuxième partie se compose de l'article scientifique qui présentera l'entièreté de l'étude pour le projet doctoral. Ainsi, le contexte théorique sera présenté, les hypothèses seront émises, la méthodologie sera décrite, les analyses et principaux résultats seront présentés. Cette partie se terminera par une discussion dans laquelle un retour sur les

hypothèses sera effectué et des liens entre les résultats et la littérature scientifique actuelle seront effectués.

La troisième partie clôt l'essai avec la conclusion générale, qui permettra de revenir sur l'ensemble du projet, de discuter des résultats généraux en fonction de la littérature, d'aborder des considérations cliniques ainsi que les recherches futures dans le domaine.

### **Le perfectionnisme**

Défini en 1965 par Hollender, le perfectionnisme était conçu comme étant la tendance à demander à soi ou autrui un niveau de performance supérieure à celui requis par la situation. L'étude du perfectionnisme est passée d'un modèle unidimensionnel dans les années 20 à un modèle multidimensionnel dans la littérature au début des années 90 (Freud, 1920; Frost, Marten, Lahart & Rosenblate, 1990; Hewitt & Flett, 1991). Le modèle unidimensionnel considérait le perfectionnisme comme étant un trait de personnalité négatif ou encore une composante inhérente de certaines psychopathologies, par exemple dans le trouble obsessionnel compulsif (Brannman & Bergler, 1955; Burn, 1980; Freud, 1959; Patch, 1984). Certains théoriciens cognitifs ont proposé leur conception de l'individu perfectionniste. Beck (1976) décrit l'individu perfectionniste comme ayant tendance à être cognitivement dysfonctionnel, présentant un style de pensée dichotomique et de la généralisation excessive. Lorsque les attentes ne sont pas atteintes, cet individu aura tendance à interpréter ce qui lui arrive comme étant un échec. De son côté, Burn (1980) décrit les individus perfectionnistes comme étant des personnes susceptibles de



présenter une pensée dichotomique de type « tout ou rien » en utilisant plus particulièrement la formulation « je dois, il faut ». Les modèles multidimensionnels sont ensuite apparus en réponse à la vision unidimensionnelle du perfectionnisme qui était critiquée et perçue comme incomplète pour étudier le phénomène. Deux modèles principaux multidimensionnels ont émergé dans les années 90 : (1) Frost et ses collègues en 1990 et (2) Hewitt et Flett en 1991.

### **Le modèle de Frost et ses collègues (1990)**

En 1990, Frost et ses collègues défendent la présence de différentes dimensions pour définir le perfectionnisme en soulignant que le modèle unidimensionnel ne permet pas de discriminer les individus perfectionnistes des individus qui sont simplement compétents et qui performant à de hauts niveaux. Les auteurs proposent que ce soit la présence d'une évaluation trop critique de sa propre performance qui serait associée aux psychopathologies plutôt que le fait de se fixer des normes élevées. Les auteurs proposent six dimensions : (1) préoccupations face aux erreurs, (2) doutes sur les actions, (3) standards personnels élevés, (4) attentes et (5) critiques parentales élevées, ainsi que (6) l'organisation. La dimension « préoccupations face aux erreurs » se définit par la présence de réactions négatives lorsque la personne perçoit des erreurs, a une tendance à interpréter les erreurs comme étant des échecs et a la certitude que le respect des autres sera perdu à cause de cette erreur. « Le doute sur les actions » constitue la tendance à percevoir que le projet ou la tâche n'est pas accompli à pleine satisfaction. La dimension « standards personnels élevés » se définit par l'implantation de normes de performance très élevées

pour lesquelles une importance excessive est accordée dans l'image de soi. « Les attentes et critiques parentales élevées » réfèrent à l'impression de l'individu que ses parents requièrent de lui qu'il atteigne des objectifs très élevés et qu'ils sont critiques et sévères dans leur appréciation de sa performance. La dernière dimension, « organisation », se définit comme étant la présence d'un attrait particulier pour l'ordre et l'organisation en général.

### **Le modèle Hewitt et Flett (1991)**

Hewitt et Flett (1991) stipulent que le modèle unidimensionnel est incomplet, puisqu'il met l'accent majoritairement sur le soi et les cognitions associées alors que, selon eux, il importe de considérer la présence d'aspects interpersonnels au sein du perfectionnisme. Ils suggèrent que le perfectionnisme serait constitué de composantes à la fois personnelles et sociales. Ils appuient leur théorie sur les principes du soi public et du soi privé, ainsi que sur les composantes inter et intra individuelles dans l'étiologie et la classification des troubles psychiatriques. Les deux auteurs ont proposé une combinaison d'items qui se regroupent en trois organisations principales de perfectionnisme: le perfectionnisme socialement prescrit, le perfectionnisme orienté vers soi et le perfectionnisme orienté vers les autres. Le perfectionnisme socialement prescrit concerne l'impression que des personnes importantes ont des attentes élevées par rapport à soi, ainsi qu'à la présence d'une pression interne pour venir répondre aux attentes perçues. L'individu percevrait que les gens de son entourage ont des attentes irréalistes, l'évaluent avec sévérité et font pression pour qu'il atteigne la perfection. Ce

perfectionnisme serait associé à des affects négatifs et des expériences d'échec. Le perfectionnisme orienté vers soi se définit par la présence de normes élevées de performance pour soi, ainsi qu'une tendance à autoévaluer ses propres comportements avec minutie. Puis, le perfectionnisme orienté vers les autres se définit par la présence de croyances et d'attentes élevées envers la performance et les capacités des autres. Ce perfectionnisme se manifesterait notamment à travers des attitudes hostiles envers l'autre, l'accusation de mauvaise performance et la critique envers autrui. Ces manifestations sont souvent mal reçues par autrui, mais elles sont toutefois également associées au *leadership* et à des aptitudes qui favorisent la motivation chez l'autre.

### **Étude du perfectionnisme aujourd'hui**

Deux dimensions principales au sein du perfectionnisme sont aujourd'hui identifiées et utilisées par les chercheurs pour étudier le sujet : la Recherche de hauts standards et les Préoccupations perfectionnistes (Stoeber & Otto, 2006; Gaudreau & Thompson, 2010). La dimension Recherche de hauts standards se caractérise par un penchant à se fixer des normes de performance élevées et à s'efforcer de les atteindre avec assiduité. Elle comprend les notions de perfectionnisme orienté vers soi d'Hewitt et Flett et les sous-échelles des Standards personnels et de l'Organisation de Frost et ses collègues (Stoeber & Otto, 2006). Cette dimension est davantage décrite et illustrée comme étant positive dans la littérature. En effet, plusieurs auteurs soulèvent son association avec des facteurs de protection, par exemple adaptation au stress, optimisme, estime de soi, autocompassion, etc. (Blankstein & Dunkley, 2002; Gotwals, Stoeber, Dunn & Stoll,

2012; Hill, Huelsman & Araujo, 2010; Lizmore, Dunn & Dunn, 2017; Stoeber, Mutinelli & Corr, 2016). Toutefois, des auteurs soulèvent que cette dimension peut également être associée à des conséquences négatives dans des échantillons cliniques (Anthony, Purdon, Huta & Swinson, 1998; Buhlmann, Etcoff & Wilhelm, 2008; Handley, Egan, Kane & Rees, 2014; Hewitt & Flett, 1991). Par exemple, Egan, Wade et Shafran (2011) soulignent dans leur étude que la recherche de hauts standards prédirait la présence d'inquiétudes dans le trouble d'anxiété généralisée. Les Préoccupations perfectionnistes se définissent plutôt comme étant une disposition à s'évaluer durement, à douter de ses habiletés à atteindre les standards élevés fixés, ainsi qu'à percevoir que l'entourage exerce une pression à atteindre un haut niveau de performance (Gaudreau & Thompson, 2010). Cette dimension inclut le perfectionnisme socialement prescrit du modèle d'Hewitt et Flett, ainsi que les préoccupations face aux erreurs, doutes sur les actions, attentes et critiques parentales du modèle de Frost et ses collègues (Stoeber & Otto, 2006). Majoritairement associées à des manifestations psychologiques négatives, les Préoccupations perfectionnistes sont en outre associées aux diverses psychopathologies caractérisées par la présence d'anxiété, aux troubles des conduites alimentaires, au trouble obsessionnel-compulsif, à la dépression, etc. (Buhlmann, Etcoff & Wilhelm, 2008; Huprich, Porcerelli, Keaschuk, Binienda & Engle, 2008; Iketani, et al., 2002; Saboonchi, Lundh & Ost, 1999; Sassoroli et al., 2008).

Pour étudier le perfectionnisme en se basant sur les deux dimensions principales, deux approches distinctes sont à disposition : soit l'approche continue (ou dimensionnelle) et

l'approche catégorielle (ou de groupe). L'approche continue propose d'observer le perfectionnisme dans une approche corrélacionnelle où l'intensité des deux dimensions (RHS et PP) est considérée ensemble comme faisant partie d'un même phénomène. Cette approche permettrait de bien mettre en évidence la variance totale des deux facteurs, la relation entre les deux facteurs et le contrôle de cette relation. Les recherches basées sur cette approche doivent porter une attention particulière à la variance commune entre les deux dimensions (Stoeber & Otto, 2006). En effet, les deux dimensions présentent un coefficient de corrélation assez important ce qui peut venir brouiller l'association d'une ou l'autre des dimensions avec les conséquences associées au perfectionnisme. Le contrôle de la variance commune permet de nuancer l'influence de chacune des dimensions l'une sur l'autre et l'impact de cette influence sur les conséquences positives ou négatives du perfectionnisme (Stoeber & Otto, 2006).

La deuxième approche, approche catégorielle, se base sur la création de groupe en fonction de l'intensité des deux dimensions principales du perfectionnisme chez une même personne. La création des groupes se base généralement sur le calcul de la médiane ou la moyenne des deux dimensions pour déterminer ce qui constitue un niveau élevé ou bas. Cette approche permet d'observer les différences quant aux conséquences associées au perfectionnisme en fonction du groupe. Cette approche a d'abord été utilisée par les modèles bipartites à partir des années 1990. Ces modèles proposaient deux types de perfectionnismes : l'un associé à des conséquences positives et l'autre associé davantage à des conséquences négatives. Plusieurs modèles bipartites ont émergé sous différents

noms : perfectionnisme adapté/mal-adapté, perfectionnisme positif/négatif, perfectionnisme actif/passif, perfectionnisme sain/malsain, perfectionnisme fonctionnel/dysfonctionnel, perfectionnisme santé/non-santé, etc. (Adkins & Parker, 1996 ; Blankstein & Dunkley, 2002 ; Rheume et al., 2000 ; Rice, Ashby & Slaney, 1998 ; Stumpf & Parker, 2000). En 2007, Rice et Ashby présentaient le modèle tripartite du perfectionnisme proposant 3 groupes distincts : *Non perfectionniste*, *Perfectionnisme sain* et *Perfectionnisme malsain*. Le groupe *Non perfectionniste* représenterait une faible intensité des deux dimensions (Recherche de hauts standards et Préoccupations perfectionnistes). Le groupe *Perfectionnisme sain* correspondrait à une forte intensité de la dimension Recherche de hauts standards et une faible intensité de la dimension Préoccupations perfectionnistes. Puis, le groupe *Perfectionnisme malsain* représenterait plutôt une forte intensité des deux dimensions. Le modèle tripartite conceptualiserait la Recherche de hauts standards comme ayant un effet exacerbant des effets néfastes des Préoccupations perfectionnistes (Stoeber & Otto, 2006). Ainsi, la Recherche de hauts Standards interagirait avec les Préoccupations perfectionnistes de sorte que les Préoccupations perfectionnistes toucheraient davantage les personnes qui présentent un haut niveau de Recherche de hauts standards. En ce sens, ce serait la combinaison d'un haut niveau de Recherche de hauts standards et de Préoccupations perfectionnistes qui entraînerait le plus de conséquences négatives, soit le *Perfectionnisme malsain* (Smith, Saklofske, Yan & Sherry, 2015).

Ce modèle a fait l'objet de certaines critiques en lien avec le groupe *Non perfectionniste* notamment, puisqu'aucune distinction n'est présentée entre les individus qui n'ont aucune tendance perfectionniste (absence de hauts standards et absence de préoccupations perfectionnistes) et ceux qui ont des préoccupations perfectionnistes marquées en l'absence de hauts standards. Ces deux représentations des dimensions du perfectionnisme sont regroupées sous le sceau du *Non perfectionniste*. Pourtant, des données soulignent qu'un bas niveau de Recherche de hauts standards combiné à un haut niveau de Préoccupations perfectionnistes, groupe non représenté par le modèle, serait associé à plus de conséquences négatives que la combinaison d'un bas niveau sur les deux dimensions, soit le *Non perfectionniste*. (Douilliez & Lefevre, 2011, Gaudreau & Thompson, 2010; Stoeber, 2012).

C'est ainsi que Gaudreau et Thompson ont proposé un nouveau modèle en 2010, appelé 2X2, proposant quatre combinaisons des deux dimensions du perfectionnisme (voir figure 1). Ce modèle a permis d'apporter davantage de nuance au modèle précédent en proposant l'ajout d'un groupe au modèle tripartite (Gaudreau & Thompson, 2010). La première combinaison, nommée *Non perfectionniste (NP)*, concerne les individus présentant peu de tendances perfectionnistes, soit un bas niveau des deux dimensions.

La seconde combinaison, nommé *Standards personnels purs (SPP)* concerne les individus qui présentent un haut niveau de recherche de hauts standards sans être accompagné de grandes préoccupations perfectionnistes. Ce type de perfectionnisme

serait davantage internalisé. Longtemps associé à ce qu'on appelait « le perfectionnisme sain », la portée positive de ce profil de perfectionnisme est toutefois remise en question aujourd'hui, notamment dans les échantillons cliniques et, spécifiquement, dans les troubles alimentaires (Bardone-Cone et al. 2007 ; Castro-Fornieles et al., 2007 ; Limburg, Watson, Hagger & Egan, 2017). De plus en plus d'études soulèvent des associations entre la recherche de hauts standards, dimension qui caractérise ce groupe, et des problématiques psychologiques. Certains avancent que cela serait en outre explicable par un manque de flexibilité dans les standards élevés ainsi que la présence de biais cognitifs face à la perception de la performance (Limburg et al., 2017).

La troisième combinaison, *Profil mixte (PM)*, regrouperait les individus qui présentent les deux dimensions du perfectionnisme de manière marquée. Ces individus auraient donc des normes élevées de performance et évalueraient sévèrement leur performance. De plus, la pression sociale à atteindre des normes élevées serait ressentie et influente chez ces individus (Gaudreau & Thompson, 2010). Ce profil était autrefois appelé « perfectionnisme malsain » dans la littérature antérieure sur le perfectionnisme, notamment dans les modèles bipartite et tripartite du perfectionnisme.

Le dernier profil et ajout aux groupes proposés dans le modèle tripartite, *Préoccupations pures (PP)*, serait caractérisé par une présence marquée de préoccupations perfectionnistes sans être accompagnée d'une recherche de hauts standards élevée. Les individus présentant ce type de perfectionnisme poursuivraient la quête de la perfection



découlant d'une pression externe perçue, mais n'intégreraient pas personnellement ces normes élevées comme quête individuelle. Le perfectionnisme de ses participants serait externalisé et prendrait naissance dans la pression ressentie ou perçue dans leur environnement (Gaudreau & Thompson, 2010). Ces participants auraient tendance à s'évaluer négativement même s'ils ne s'imposent pas de standards élevés de manière importante. En 2010, Boone et ses collègues émettent l'hypothèse que ces individus aient vécu des expériences où les adultes ou parents étaient très critiques et doutaient de la performance de l'enfant sans avoir nécessairement imposé un niveau de performance nettement élevé. Les auteurs soulignent également que ces participants pourraient avoir déjà eu des standards élevés de performance qu'ils auraient abandonnés au fil du temps suite à des expériences répétées d'échec (Boone, Soenens, Braet & Goossens, 2010). Contrairement à ce que propose le modèle tripartite, la Recherche de hauts standards est ici conceptualisée comme ayant un effet « tampon » contre l'effet délétère des Préoccupations perfectionnistes. En ce sens, la combinaison *Profil mixte* serait considérée moins néfaste que la combinaison *Préoccupations pures* (Smith, Saklofke, Yan & Sherry, 2015).

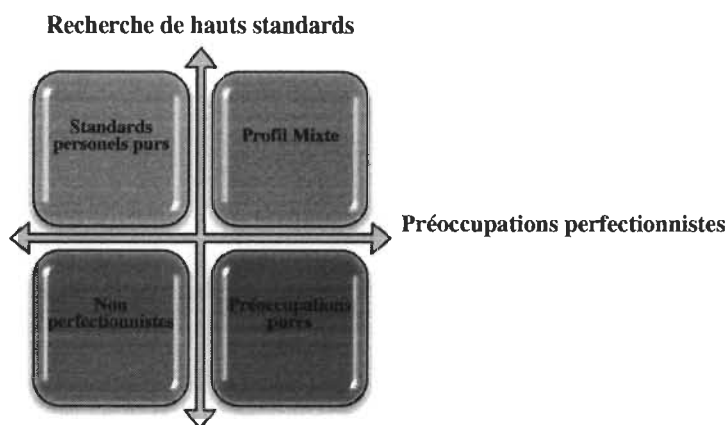


Figure 1. Représentation des quatre groupes de perfectionnisme du modèle de Gaudreau et Thompson

### **Perfectionnisme et troubles des conduites alimentaires**

Le perfectionnisme est associé aux TCA, et ce, à plusieurs niveaux : en tant que facteur de risque pour le développement de la pathologie, en tant que facteur de maintien dans le cercle vicieux du TCA, ainsi qu'en tant que frein dans le pronostic de rétablissement (Ashbaugh et al., 2007 ; Bardone-Cone, Sturm, Lawson, Robinson, & Smith, 2010, Egan, Wade & Shafranm 2011 ; Fairburn, cooper & Shafran, 2003; Mitchell, Newall, Broeren, & Hudson, 2013 ; Treasure & Schmidt, 2013 ; Johnston, et al., 2018). La présence de perfectionnisme chez les individus souffrant d'un TCA pourrait survenir avant le développement de la pathologie. En effet, les individus souffrant d'un TCA rapportent en rétrospective avoir été perfectionnistes au cours de leur enfance (Fairburn, Welch, Doll, Davies & O'Connor, 1997).

Une revue de la littérature sur le perfectionnisme et les TCA soulignait que la plupart des études relevées notent la présence d'un niveau de perfectionnisme plus élevé dans les échantillons de TCA en comparaison aux groupes contrôles (Bardone-Cone et al., 2007). Dix études de cette revue de littérature supportent la présence de perfectionnisme d'intensité indifférencié à travers les divers troubles des conduites alimentaires (anorexie, boulimie, hyperphagie, TCA non spécifié) (Bardone-Cone et al., 2007). Toutefois, le type de perfectionnisme semble différer selon le type de trouble du comportement alimentaire, c'est-à-dire selon qu'on retrouve des restrictions ou une désinhibition alimentaire. En effet, alors que le type de perfectionnisme apparaît semblable dans les échantillons de patients souffrant d'anorexie et boulimie, soit un haut niveau des deux dimensions du

perfectionnisme, la tendance chez les individus souffrant d'hyperphagie boulimique ne serait pas aussi claire. La plupart associent la symptomatologie TCA de type frénésies alimentaires à un perfectionnisme teinté de Préoccupations perfectionnistes (perfectionnisme socialement prescrit), mais certains notent également une association avec un perfectionnisme caractérisé par la présence de Recherche de hauts standards (Perfectionnisme orienté vers soi) (Bardone-cone et al., 2007; Pratt, Telch, Labouvie, Wilson & Agras, 2001 ; Pearson & Gleaves, 2006 ; Sherry et al., 2014 ). De plus, des inconsistances ressortent dans les études qui se sont intéressées au sujet : parfois le niveau de perfectionnisme ressort comme étant plus important chez les individus qui ont des frénésies alimentaires que chez le groupe contrôle, d'autres études ne soulèvent pas de différences significatives à cet effet. Les auteurs qui se sont intéressés à l'hyperphagie boulimique, un TCA caractérisé par la présence de frénésies alimentaires, et son association avec le perfectionnisme confirment que le perfectionnisme est une variable importante dans ce groupe clinique et y joue un rôle considérable, notamment dans la poursuite de hauts standards pour l'atteinte d'un corps plus mince ou d'une alimentation plus parfaite. Son rôle, ainsi que son mode d'opération, demeure toutefois à éclaircir davantage (Forbush, Heatherton, & Keel, 2007).

Bien étudié en association avec l'anorexie et la boulimie, le perfectionnisme chez les individus présentant des frénésies alimentaires avec ou sans diagnostic émis semble avoir suscité beaucoup moins d'intérêt auprès des chercheurs. De plus, les connaissances disponibles sur l'association entre le perfectionnisme et les TCA sont majoritairement

issues d'études basées sur les anciens modèles explicatifs du perfectionnisme, soit le modèle d'Hewitt et Flett (1991) ou de Frost et ses collègues (1990). Or, il semble essentiel de s'intéresser au lien entre le perfectionnisme et frénésies alimentaires, en s'inspirant des nouveaux modèles d'études du perfectionnisme.

Les études sur le perfectionnisme et les TCA conduites sous l'approche continue valident l'association entre la dimension Préoccupations perfectionnistes et les symptômes alimentaires pathologiques (Bulik et al., 2003, Dunkley, Blankstein, Masheb, & Grilo, 2006; Fenning et al., 2008). La dimension Recherche de hauts standards apparaîtrait associée, quant à elle, avec les symptômes alimentaires davantage de type « restriction ». En effet, un plus haut niveau de Préoccupations perfectionnistes serait associé aux individus passants de symptomatologie alimentaire de type « sous-alimentation » vers la symptomatologie alimentaire de type « suralimentation » en comparaison avec les individus qui demeurent dans la symptomatologie de « sous-alimentation » qui serait, elle, davantage associée à la Recherche de hauts standards (Bardone-Cone & al., 2007). Plusieurs études transversales confirment que les Préoccupations perfectionnistes et les frénésies alimentaires seraient corrélées positivement (Brosos & Levinson, 2017; Kehayes, Smith, Sherry, Vidovic & Saklofske 2019 ; Sherry et al., 2013). À l'inverse, une seule étude associe la présence de Recherche de hauts standards aux frénésies alimentaires (Fitzsimmons-Craft, Bardone-Cone, Brownstone & Harney, 2012). Fitzsimmons-Craft et ses collègues (2012) soulignent que la présence du Perfectionnisme socialement prescrit (associé aux Préoccupations

perfectionnistes) ou du perfectionnisme orienté vers soi (associé à la Recherche de hauts standards) prédirait une augmentation des symptômes de frénésies alimentaires sur 11 semaines, alors que seul le Perfectionnisme orienté vers soi prédirait l'augmentation de la restriction alimentaire (Fitzsimmons-Craft, Bardone-Cone, Brownstone & Harney, 2012). En général, les psychopathologies sont plus fortement associées aux Préoccupations perfectionnistes, notamment lorsque la relation entre les deux dimensions est contrôlée. La tendance pour les symptômes alimentaires toutefois serait différente ; les deux dimensions demeureraient associées aux symptômes alimentaires suite au contrôle de la relation partagée entre les dimensions (Recherche de hauts standards et Préoccupations perfectionnistes) (Limburg, Watson, Hagger & Egan, 2017). L'étude de l'association entre le perfectionnisme et les symptômes alimentaires sous l'approche de groupe apparaît intéressante pour venir approfondir la relation de la Recherche de hauts standards et des Préoccupations perfectionnistes aux symptômes alimentaires pathologiques.

Les études basées sur l'approche catégorielle auprès de TCA semblent démontrer un plus grand niveau de symptomatologie alimentaire dans les groupes caractérisés par la présence des deux dimensions du perfectionnisme, par exemple le *Profil mixte* du modèle 2X2 ou *Perfectionnisme malsain* du modèle tripartite (Bonne et al., 2010 ; Goodwin, Arcelus, Geach & Meyer, 2014 ; Luo, Forbush, Williamson, Markon & Pollack, 2013 ; Pearson & Gleaves, 2006 ; Tokley & Kemps, 2007; Shanmugam, Jowett, & Meyer, 2011-2013). Esposito et ses collègues (2017) apportent des nuances quant à l'association entre les groupes de perfectionnisme et la présence de symptômes alimentaires en notant que

bien que le *Profil Mixte* serait associé à un niveau plus élevé de symptômes TCA, le profil *Préoccupations pures* présenterait davantage de symptômes de TCA que le *Non perfectionniste* ou le *Standards personnels purs*. Les résultats de leur étude suggèrent que, respectivement, le groupe *Profil mixte* suivi du groupe *Préoccupations pures* auraient plus de symptômes alimentaires que les deux autres (Esposito, Stoeber, Damian, Alessandri & Lombardo, 2017). Ceci renforce l'idée que la présence de Préoccupations perfectionnistes est associée à des conséquences négatives. De plus, les résultats de cette étude montrent que la présence de Recherche de hauts standards combinée avec des Préoccupations perfectionnistes ne parvient pas à contrecarrer l'effet négatif qu'entraînent les préoccupations perfectionnistes, mais qu'elle pourrait au contraire l'accentuer. Les données sont toutefois issues de populations non cliniques et il n'y a pas de précision quant aux types de symptômes alimentaires mesurés, par exemple les restrictions versus les frénésies alimentaires. Les données disponibles sur l'association entre les profils de perfectionnisme et les symptômes alimentaires qui proviennent d'échantillons cliniques sont rares et, spécifiquement, aucune donnée n'est disponible concernant un échantillon ciblé de femmes qui présentent des frénésies alimentaires sans diagnostic émis. L'obtention de données probantes sur le sujet pourrait offrir des pistes intéressantes pour le domaine de l'intervention.

### **Frénésies alimentaires**

L'American Psychiatric Association (2013) définit une frénésie alimentaire comme étant l'ingestion rapide et incontrôlée d'une quantité de nourriture anormalement

importante qui dépasse ce que la plupart des personnes mangeraient dans le même temps ou dans des circonstances similaires. Auparavant nommé crises de boulimie, la frénésie alimentaire s'accompagne par la suite de sensation physique de distension abdominale et entraîne souvent une grande culpabilité ou sentiment de dégoût chez la personne (APA, 2013). Ce comportement alimentaire problématique caractérise deux troubles des conduites alimentaires reconnus par l'APA, soit la boulimie et l'hyperphagie boulimique.

La boulimie, trouble reconnu par l'APA en 1980, se définit par la survenue récurrente de frénésies alimentaires qui sont suivies de comportements compensatoires, tels que les vomissements provoqués, la prise de laxatif, l'ingestion de produit amaigrissant, l'exercice excessif, etc. Le poids des individus ayant une boulimie se situe généralement dans la zone « poids santé » de l'indice de masse corporelle (IMC). Leur estime personnelle est influencée par la forme corporelle et le poids (APA, 2013). La prévalence de la boulimie se situe autour de 2% de la population canadienne. Les femmes seraient plus touchées que les hommes par cette problématique, soit près de 10 femmes pour un homme (Statistique Canada, 2013).

Reconnu comme trouble des conduites alimentaires officiel en 2013, l'hyperphagie boulimique se définit par la présence répétitive de frénésies alimentaires également, sans toutefois être suivi de comportement compensatoire (APA, 2013). Les épisodes de frénésies alimentaires entraînent une souffrance marquée. Ce trouble serait associé à la présence d'embonpoint et d'obésité. Il toucherait près de 3% de la population canadienne

et présenterait une prévalence équivalente chez l'homme comme chez la femme ((Izydorczyk, 2013; Statistique Canada, 2013). Le passage d'une restriction alimentaire sévère vers des frénésies alimentaires récurrentes est commun chez les personnes ayant TCA; cela pourrait possiblement expliquer la prévalence plus importante des TCA caractérisés par la présence de frénésies alimentaires en comparaison avec l'anorexie, trouble associé à la restriction alimentaire (Treasure, Claudino & Zucker, 2010).

Plusieurs facteurs de risque sont reconnus et identifiés pour le développement et le maintien des troubles des conduites alimentaires. Parmi ces facteurs, se retrouve la culture sociale entourant le corps et la nourriture (Garner, 1993). En occident, les idéaux de beauté véhiculés dans la société encouragent fortement la minceur et l'activité physique. La pression sociale ressentie face à la gestion du poids et de l'apparence est assez forte chez les individus qui s'écartent des idéaux de beauté proposés, ce qui constitue une partie importante de la société. En effet, les images de beauté proposées dans les médias affichent des mannequins présentant un poids se situant 15% sous le poids moyen des femmes adultes (Hawkins, Richards, Granley & Stein, 2004). Le corps féminin « idéalisé » en occident serait passé d'un poids moyen entre 19-21 d'IMC à un poids moyen de 18 d'IMC entre les décennies 1920 à 2000 (Byrd-Bredbenner, Murray & Schluskel, 2005). Au Canada en 2008, seulement 2,6% des femmes adultes se situaient dans une zone d'IMC sous 18,5, alors que 41,7% se situaient dans un IMC dit « normal », 31,5% en « embonpoint » et 24,2 % en « obésité » (Shields, Gorber & Tremblay, 2008). Un décalage important existe entre le corps idéalisé promu dans les



médias en comparaison avec la réalité des femmes adultes. L'intégration des standards de beauté en tant que normes à atteindre et de marque de réussite est un facteur important à considérer dans le maintien des symptômes alimentaires pathologiques. Ces standards sont rigides, limités et peu atteignables. Ils laissent très peu de marge de manoeuvre et mettent inévitablement l'individu en situation d'échec ce qui entraîne une souffrance importante et peut notamment entraîner des sentiments douloureux, tels que de la honte et l'impression d'échouer.

Plusieurs partagent l'idée que la minceur véhicule la réussite (Vandereycken, 1993). Les individus présentant de l'embonpoint et des comportements alimentaires pathologiques, tel que fréquemment observé chez les individus souffrant de frénésies alimentaires, font face à une gamme importante de préjugés. En effet, la perception que les individus présentant de l'embonpoint sont paresseux, faibles ou manquent de volonté est partagée par plusieurs (Puhl & Brownell, 2001). Ces préjugés sont courants et se retrouvent également chez certains professionnels de la santé (Puhl & Heuer, 2009). Faisant face à des commentaires désobligeants, l'estime de soi des individus en surpoids se retrouve menacée (Puhl & Heuer, 2009). Les normes de beauté en vogue dans les sociétés occidentalisées et les préjugés font partie des facteurs précipitant et perpétuant du trouble d'hyperphagie boulimique.

Quelques modèles explicatifs de l'apparition et du maintien de l'hyperphagie boulimique sont apparus à travers les années. Un de ces modèles, le modèle de la

restriction, théorise que les tentatives de perte de poids et la restriction alimentaire favorisent les frénésies alimentaires. De plus, celles-ci alimenteraient un cercle vicieux dans lequel l'individu augmente ses efforts visant à se restreindre pour atteindre le poids idéal suite à une frénésie alimentaire (Harvey, Rosselli, Wilson, Debar & Striegel-Moore, 2011; Lowe, 1993; Stein et al., 2007). Certains auteurs vont plus loin dans leurs explications en notant que le contrôle cognitif ou restriction cognitive joue un rôle influent dans la régulation de la faim physiologique et de la satiété chez ceux qui suivent un régime alimentaire chronique (Ruderman, 1986). L'expérience d'émotions négatives perturberait ce contrôle cognitif et réduirait la capacité de maintenir le contrôle alimentaire physique, ce qui favoriserait conséquemment l'émergence de frénésies alimentaires (Herman & Polivy, 1984). L'approche traditionnellement privilégiée auprès des individus en embonpoint prescrit une restriction des calories ingérées et une augmentation de l'activité physique dans le but de contrer la balance énergétique. Cette approche ne semble pas porter fruit auprès des individus souffrants d'hyperphagie boulimique (Unick et al., 2011). Au contraire, ceux-ci cumuleraient des échecs répétitifs dans les programmes de perte de poids, ce qui peut entraîner un impact négatif sur l'estime de soi. À la suite d'une frénésie alimentaire, une grande culpabilité apparaît et l'image de soi devient menacée par la perception de ne pas avoir été en mesure de se contrôler et d'atteindre les normes de minceur fixées. En réponse à ces affects, l'individu souffrant du trouble sera tenté de reprendre le contrôle à nouveau en adoptant la restriction alimentaire comme solution; ce qui réenclenchera le cercle vicieux souvent central au trouble (Heatherton & Baumeister, 1991 ; Stice, 1994).

Un autre modèle répertorié concerne la gestion des émotions et la recherche de réconfort qui semblent être au coeur des frénésies alimentaires chez certains. En effet, le modèle de régulation des affects propose que l'augmentation des émotions négatives déclenche les frénésies alimentaires. Ceux-ci diminuent alors l'inconfort de l'individu de manière temporaire en le distrayant à travers la nourriture et en entraînant une forme de réconfort émotif (Hawkins & Clement, 1984). Les frénésies alimentaires qui émergent en réponse aux émotions négatives seraient maintenues dans le temps et conditionnées par les principes du renforcement négatif et, même, renforcement positif lorsque du réconfort émotif émerge (Haedt-Matt & Keel, 2011).

Le modèle « escape from self-awareness » , introduit par Heatherton et Baumeister en 1991, va un peu plus loin dans ses explications en précisant que le soulagement des affects négatifs se produit durant les frénésies alimentaires en raison d'une déconnexion au soi. Cette déconnexion serait permise par la grande quantité de nourriture ingérée qui déplace l'attention, en quelque sorte, du ressenti des affects vers les sensations corporelles. La détresse émotionnelle serait toutefois de retour suite à la frénésie alimentaire en raison du retour de la conscience au soi qui se fait lors de la reconnexion (Heatherton & Baumeister, 1991). De plus, cette détresse s'intensifierait par la culpabilité, le sentiment d'avoir perdu le contrôle et le rabaissement de soi.

### **Processus psychologiques associés aux frénésies alimentaires**

En 2009, un modèle explicatif sur le lien entre le perfectionnisme et les frénésies alimentaires a été introduit. Ce modèle tente d'expliquer ce lien à travers certains processus psychologiques qui fragiliseraient l'individu à adopter les frénésies alimentaires comme stratégie pour apaiser les affects désagréables. Le modèle nommé, *The perfectionism model of binge eating* (PMOBE), propose une approche de médiation entre le perfectionnisme socialement prescrit, associé aux Préoccupations perfectionnistes, et les frénésies alimentaires (Sherri & Hall, 2009). Dans ce modèle, les frénésies alimentaires sont perçues comme étant une tentative inadaptée de l'individu pour répondre à des conditions déplaisantes qu'entraîne la présence de perfectionnisme, notamment lorsque les standards élevés ciblés ne sont pas atteints (Sherry et Hall, 2009). Les auteurs ciblent, entre autres, quatre facteurs déclencheurs de frénésies alimentaires qui sont activés par le perfectionnisme: la perception de difficultés interpersonnelles, une faible estime de soi dans les relations, une humeur dépressive et la présence de restriction alimentaire. Par exemple, l'individu perfectionniste et préoccupé par l'idée de suivre des règles strictes vivra toute forme d'écarts alimentaires comme une preuve de sa faible valeur, se percevra incapable de suivre des règles, vivra des affects négatifs et sera alors plus à risque de vivre des frénésies alimentaires de manière à réguler sa détresse émotionnelle. Brechan et Kvaalem (2015) soutiennent que la présence combinée d'affects dépressifs, de faible estime de soi et d'insatisfaction corporelle est associée à l'émergence de frénésies alimentaires.

Ces processus psychologiques ont été identifiées comme facteurs de risque clés dans l'émergence des frénésies alimentaires et ils semblent nécessaires à considérer pour l'étude combinée du perfectionnisme et des frénésies alimentaires.

**Dépression.** La dépression se caractérise par la présence d'une humeur triste, de sentiment de vide, d'irritabilité, de perte de plaisir, de culpabilité et de sentiment de dévalorisation. Ce trouble s'accompagne de perturbations cognitives et somatiques qui entravent significativement le fonctionnement de l'individu, notamment la concentration, une perte d'énergie, des difficultés de sommeil, etc. (APA, 2013). La validation du modèle PMOBE a mis en évidence que la présence d'affects dépressifs prédisait l'émergence de frénésies alimentaires (Sherry et al., 2014). Des auteurs stipulent que les frénésies alimentaires peuvent faire office de tentatives de régulation des affects dépressifs (Sherry et al., 2014). L'association entre la présence de symptômes dépressifs et de frénésies alimentaires a été validée et soutenue à plusieurs reprises (Araujo, Santos & Nardi, 2010; Azarbad, Corsica, Hall & Hood, 2010 ; Grilo, White et Masheb, 2009). En effet, les affects dépressifs font partie des facteurs déclencheurs identifiés pour l'émergence de frénésies alimentaires (Bennett, Greene & Schwartz-Barcott, 2013 ; Leehr et al., 2015). De plus, les symptômes dépressifs figurent parmi les facteurs prédisposants et perpétuant de l'hyperphagie boulimique (Rosenbaum et White, 2015). Les processus neurobiologiques d'autorégulation, dont le contrôle de son propre comportement alimentaire, sont connus pour être fortement influencés par les émotions, notamment les affects désagréables que l'on retrouve dans la dépression (Bennett et al., 2013 ; Leehr et al., 2015).

**Estime de soi.** L'estime de soi se conceptualise comme étant l'évaluation qu'un individu porte sur sa propre valeur. Rosenberg (1965), pionnier dans le domaine de l'estime de soi, distingue une estime de soi élevée d'une basse estime de soi par la présence d'acceptation de soi, de satisfaction personnelle à son propre égard et de respect pour soi-même en excluant le sentiment de supériorité ou de perfection, qui serait davantage associé à des défenses narcissiques et à une estime de soi fragilisée (Rosenberg, 1965, Vallières & Vallerand, 1990). Identifiée comme un processus psychologique à travers lequel le perfectionnisme pourrait activer les frénésies alimentaires, une faible estime de soi constitue l'un des processus psychologiques les plus fréquemment considérés comme prédisposant aux TCA. En effet, une basse estime de soi mettrait l'individu à risque d'adopter des comportements alimentaires pathologiques dans une tentative de rétablir l'équilibre au niveau de l'image de soi (Fairburn, Cooper & Shafran, 2003 ; Garner, 1993 ; Gleason, Alexander, & Somers, 2000 ; Shea & Pritchard, 2007 ; Sherry & Hall, 2009). Une faible estime personnelle ferait en outre partie des facteurs saillants impliqués dans la relation entre les régimes et les frénésies alimentaires (Goldschmidt, Wall, Loth, Le Grange & Neumark-Sztainer, 2012). De plus, les affects négatifs associés à une pauvre image de soi peuvent influencer les processus d'autorégulation, et ainsi, augmenter les risques que l'individu adopte des comportements alimentaires pathologiques pour apaiser la souffrance, par exemple des frénésies alimentaires ou encore des restrictions alimentaires, ce dernier comportement augmentant le risque d'accès hyperphagique à long terme (Bennett et al., 2013 ; Heatherton & Baumeister, 1991 ; Leehr et al., 2015).

**Estime corporelle.** L'estime corporelle désigne les émotions et l'évaluation d'une personne face à son apparence corporelle (Franzoi & Shields, 1984, Mendelson, White, & Mendelson, (1997). Fortement corrélé à l'estime de soi, ce processus psychologique est considéré comme ayant un impact notable sur la santé psychologique (Bidzan, Yousaf, Lipowski & Lipowska, 2018 ; Mendelson, McLaren, Gauvin & Steiger, 2002). Les individus présentant des frénésies alimentaires rapportent majoritairement des difficultés au niveau de l'estime corporelle, particulièrement notable pour les composantes de préoccupations sur le poids et sur la silhouette (Ahrberg, Trojca, Nasrawi & Vocks, 2011). Une faible estime corporelle apparaît comme un facteur de risque pour le développement d'un TCA et l'émergence de frénésies alimentaires (Fairburn & Wilson, 1993; Johnson & Wardle, 2005). Certains soulèvent qu'une faible estime corporelle se retrouve chez les individus présentant un haut IMC en général et que cette association est encore plus marquée chez les individus de ce groupe qui présentent aussi des frénésies alimentaires. Ceci témoigne que les préoccupations corporelles des individus souffrant d'hyperphagie boulimique ne seraient pas seulement associées à la présence de surplus de poids, tel que souvent le cas dans cette population, mais également aux comportements alimentaires pathologiques (Hilbert, Tuschen-Caffier & Vögele , 2002 ; Sorbara & Geliebter, 2002).

Considérant que l'association entre les frénésies alimentaires et le perfectionnisme est bien soutenue et que les chercheurs ne s'entendent pas sur un profil typique de perfectionnisme, la recherche qui suit s'intéressera au profil perfectionniste de femmes

présentant des frénésies alimentaires à partir du modèle 2x2 du perfectionnisme tout en incluant les processus psychologiques associés identifiés ci-haut.



**Article scientifique.**

Perfectionnisme chez les femmes qui présentent des frénésies

## **Perfectionnisme chez les femmes qui présentent des frénésies alimentaires**

Gabrielle Lavoie,

Frédéric Langlois

Université du Québec à Trois-Rivières et

Annie Aimé,

Université du Québec en Outaouais

### *Note des auteurs*

Gabrielle Lavoie, D.Ps (c), Frédéric Langlois, Ph.D., Département de psychologie,

Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, Québec, Canada.

Annie Aimé, Ph.D., Département de psychoéducation et de psychologie, Université du

Québec en Outaouais pavillon Saint-Jérôme, Saint-Jérôme, Québec, Canada.

Toute correspondance ayant trait à cet article devrait être adressée à Gabrielle Lavoie:  
Secrétariat du département de psychologie, UQTR, 3351, boul. des Forges, C.P. 500,  
Trois-Rivières (Québec) G9A 5H7. Téléphone : (819) 376-5011 , ext. 4021. Courriel :  
[gabrielle.lavoie1@uqtr.ca](mailto:gabrielle.lavoie1@uqtr.ca)

## Résumé

La présente étude vise à illustrer comment les profils de perfectionnisme, selon le modèle 2X2, sont associés à des symptômes alimentaires et des processus psychologiques chez des femmes ayant des frénésies alimentaires. Ainsi, quatre groupes de perfectionnisme ont été créés à partir d'un échantillon de 403 femmes adultes présentant des frénésies alimentaires et qui consultent en clinique psychologique spécialisée en TCA : (1) *Non perfectionniste*, (2) *Standards personnels purs*, (3) *Profil mixte* et (4) *Préoccupations pures*. Des différences de médianes ont été réalisées à travers les groupes sur la base de mesures des troubles des conduites alimentaires et des processus psychologiques associés. Puis, une analyse discriminante a été conduite pour vérifier si les variables utilisées permettent de distinguer les groupes. Plusieurs différences de médianes significatives ont été obtenues aux mesures entre certains groupes, mais sans toutefois confirmer l'entière des hypothèses émises selon Gaudreau et Thompson (2010). Les résultats à l'analyse discriminante confirment qu'il est possible de distinguer les groupes à partir des variables mesurées. En somme, les résultats montrent que, dans le présent échantillon, l'effet protecteur de la Recherche de hauts standards n'est pas apparent. En ce sens, le groupe *Standards personnels purs* ne présente pas un meilleur fonctionnement que les *Non perfectionniste* ET le groupe *Profil mixte* ne présente pas un meilleur fonctionnement que le groupe *Préoccupations pures*. En somme, les résultats aux différentes analyses suggèrent que la Recherche de hauts standards est associée à davantage de symptômes

TCA en général, alors que les Préoccupations perfectionnistes entravent davantage le fonctionnement global des participantes.

*Mots-clés* : perfectionnisme, TCA, frénésies alimentaires, dépression, estime de soi

Alors que la recherche de performance et la présence de hauts standards paraissent encouragées et renforcées dans la société occidentale, les industries de la minceur, de la mise en forme et de l'esthétisme semblent en continuelle expansion. De nos jours, les comptes *Instagram* proposant des régimes et conseils amaigrissants sont très populaires auprès de millions d'abonnés. Au Canada, le marché des produits liés à la perte de poids générait 6,09 milliards de dollars américains en 2014 et devrait atteindre 8,33 milliards en 2019 selon les prévisions de l'ASPQ (Association pour la santé publique du Québec, 2015). D'un autre côté, les programmes télévisés culinaires encourageant la grande gastronomie et l'abondance alimentaire semblent très populaires et en croissance en Occident. La nourriture est grandement accessible en tout temps et sans limites avec les services de livraison qui desservent à toutes heures de la journée. Dans ce paradoxe se retrouve un nombre important d'individus qui ont des attentes élevées de contrôle face au « poids parfait » et qui présentent des crises alimentaires nommées *frénésies alimentaires*. Ce comportement alimentaire est associé à beaucoup de souffrance : anxiété, honte, dépression, culpabilité et peut entraîner des conséquences sur le plan physique, par exemple de l'obésité, du diabète, de l'hypertension, etc. (Duarte & Pinto-Gouveia, 2017 ; Grilo, White & Masheb, 2009).

Les standards de minceur en vogue dans la société occidentale sont peu atteignables et très peu accessibles à la majorité de la population. Lorsque ces standards sont perçus comme une cible à atteindre, cela favorise la recherche de perfection et l'engagement dans des comportements rigides et malsains. La quête du poids parfait implique souvent des traits perfectionnistes. À cet effet, la recherche suggère un lien entre le perfectionnisme et les troubles des conduites alimentaires (TCA). Elle démontre aussi que le perfectionnisme chez les femmes ayant des symptômes alimentaires pathologiques, notamment les frénésies alimentaires, complique le traitement et exacerbe les symptômes alimentaires, tels que les préoccupations sur le poids et sur l'alimentation, la restriction, les pertes de contrôle, etc. (Bardone-Cone et al., 2007 ; Bardone-Cone et al., 2008 ; Limburg, Watson, Hagger & Egan, 2017 ; Mackinnon et al., 2011 ; Pratt, Telch, Labouvie, Wilson & Agras, 2001) La présente étude s'intéresse à savoir comment les profils de perfectionnisme sont associés à des symptômes alimentaires et des processus psychologiques associés chez des femmes adultes présentant des frénésies alimentaires.

## **Contexte théorique**

### **Théorie du perfectionnisme**

L'étude du perfectionnisme a grandement évolué depuis son introduction au début du 20e siècle; passant d'un modèle unidimensionnel mettant en évidence sa nature pathologique à un modèle multidimensionnel (Freud, 1920 ; Frost, Marten, Lahart & Rosenblate, 1990 ; Hewitt & Flett, 1991a). Après des années d'utilisation des modèles multidimensionnels, les théoriciens du perfectionnisme s'entendent désormais sur la

présence de deux dimensions perfectionnistes principales, soit la Recherche de hauts standards et les Préoccupations perfectionnistes (Gaudreau & Thompson, 2010 ; Stoeber & Otto, 2006). La Recherche de hauts standards représente la tendance d'un individu à établir des normes de performance exigeantes pour lui-même et à s'efforcer consciencieusement de les atteindre. Des recherches démontrent que cette dimension est associée à des conséquences positives : estime de soi, auto-efficacité, actualisation de soi, adaptation au stress, bonne performance scolaire, affirmation de soi, émotions agréables, indices de bien-être psychologique, optimisme, autocompassion, etc. (Blankstein & Dunkley, 2002 ; Gotwals, Stoeber, Dunn & Stoll, 2012 ; Hill, Huelsman & Araujo, 2010 ; Lizmore, Dunn & Dunn, 2017 ; Stoeber, Mutinelli & Corr, 2016). D'autres études réalisées auprès d'échantillons cliniques ont cependant soulevé l'association entre la Recherche de hauts standards et des conséquences négatives, notamment les symptômes dépressifs, les troubles des conduites alimentaires, le trouble obsessionnel-compulsif et le trouble d'anxiété généralisée (Buhlmann, Etcoff & Wilhelm, 2008 ; Handley, Egan, Kane & Rees, 2014 ; Hewitt & Flett, 1991b).

Les Préoccupations perfectionnistes pourraient, quant à elles, être décrites comme une tendance à s'évaluer durement, à douter de ses capacités à atteindre des normes élevées, ainsi qu'à percevoir que l'environnement social exerce de la pression pour atteindre un haut niveau de performance (Gaudreau & Thompson, 2010). Cette dimension est habituellement associée à des conséquences négatives telles que les symptômes dépressifs, le trouble d'anxiété sociale, l'agoraphobie, le trouble panique, le trouble

d'anxiété généralisée, la dysmorphophobie, le trouble obsessionnel-compulsif et les troubles des conduites alimentaires (Buhlmann et al., 2008 ; Huprich, Porcerelli, Keaschuk, Binienda & Engle, 2008 ; Iketani et al., 2002 ; Saboonchi, Lundh & Ost, 1999; Sassoroli et al., 2008).

En 2010, Gaudreau et Thompson ont proposé un modèle catégoriel 2X2, composé de quatre groupes, permettant d'investiguer la combinaison intra-personnelle des deux dimensions principales du perfectionnisme. Ce modèle d'étude du perfectionnisme a reçu beaucoup d'appuis empiriques au cours des dernières années. La première combinaison proposée par le modèle 2x2 concerne les individus qui ne présentent pas ou peu de hauts standards et de préoccupations perfectionnistes. Ces personnes appartiendraient au profil de *Non perfectionniste (NP)*. La seconde combinaison propose un patron du perfectionnisme défini par la présence d'un haut niveau de Recherche de hauts standards et d'un faible niveau de Préoccupations perfectionnistes. Le perfectionnisme de ces individus serait davantage internalisé et découlerait de leur propre identité. Ainsi, l'individu semblerait motivé de manière plus « intrinsèque » quant à l'idée de performer (Gaudreau & Thompson, 2010). Ce profil nommé *Standards personnels purs (SPP)* a longtemps été associé à ce qu'on appelait « le perfectionnisme sain ». La portée saine ou positive de ce type de perfectionnisme est toutefois davantage nuancée aujourd'hui, notamment dans les échantillons cliniques et spécifiquement dans les échantillons d'individus atteints de TCA (Bardone-Cone et al. 2007 ; Castro-Fornieles et al., 2007 ; Limburg et al., 2017). La troisième combinaison proposée par les auteurs, *Profil mixte*

(*PM*), représenterait les individus qui adhèrent personnellement à des normes élevées de performance, tout en s'évaluant durement et en doutant de leur performance. Ces individus percevraient aussi de la pression de l'extérieur pour performer (Gaudreau & Thompson, 2010). Ce profil a longuement été associé au « perfectionnisme malsain » dans les modèles bipartite et tripartite du perfectionnisme. Le dernier profil, nommé *Préoccupations pures (PP)*, serait caractérisé par une présence marquée de Préoccupations perfectionnistes sans une poursuite notable de hauts standards de performance. Les personnes qui présentent ce profil auraient tendance à s'évaluer durement et négativement en l'absence de standards très élevés. Ce profil représenterait les personnes qui poursuivent des normes perfectionnistes non internalisées et plutôt motivées de façon externe, pour lesquelles les objectifs et motivations dérivent de la pression ressentie ou perçue dans leur environnement (Gaudreau & Thompson, 2010). Le modèle 2X2 conceptualise la Recherche de hauts standards comme jouant un rôle « tampon » contre l'effet néfaste des Préoccupations perfectionnistes. Selon les auteurs, le *Profil mixte (PM)* serait alors moins néfaste que le profil *Préoccupations pures (PP)* (Smith, Saklofke, Yan & Sherry, 2015).

### **Perfectionnisme et troubles des conduites alimentaires**

Le perfectionnisme est un facteur de risque bien établi dans le développement de TCA, un facteur clé dans le maintien de la pathologie, ainsi qu'une barrière notable pour le rétablissement (Ashbaugh et al., 2007 ; Bardone-Cone, Sturm, Lawson, Robinson, & Smith, 2010 ; Egan, Wade & Shafran, 2011 ; Fairburn, Cooper & Shafran, 2003 ; Johnston



et al., 2018 ; Mitchell, Newall, Broeren, & Hudson, 2013 ; Treasure & Schmidt, 2013). Une métaanalyse abordant le perfectionnisme et les psychopathologies indique que les deux dimensions du perfectionnisme (Recherche de hauts standards et Préoccupations perfectionnistes) sont liées aux TCA en général (Limburg et al., 2017). Les auteurs de la métaanalyse soulignent l'importance de considérer ces deux dimensions dans le traitement des TCA. Il semble en effet qu'un niveau de perfectionnisme plus élevé s'observe dans les échantillons de personnes atteintes de TCA en comparaison avec celles des groupes contrôles (Bardone-Cone et al., 2007). Souvent reconnu pour son association avec l'anorexie, un TCA teinté par la restriction alimentaire, des auteurs soulèvent que le perfectionnisme serait tout aussi présent dans ce TCA que dans la boulimie, l'hyperphagie et les TCA spécifiés, et ce, dans une intensité indifférenciée (Bardone-Cone et al., 2007). Toutefois, alors que l'anorexie et la boulimie apparaissent associées aux deux dimensions principales du perfectionnisme, la relation entre ces dimensions et l'hyperphagique boulimique, TCA caractérisé par la présence de frénésies alimentaires, ne serait pas aussi claire (Bardone-cone et al., 2007 ; Pearson & Gleaves, 2006 ; Pratt et al., 2001 ; Sherry et al., 2014). Aucune donnée n'est disponible sur l'association du perfectionnisme avec les frénésies alimentaires chez ceux qui n'ont pas nécessairement de diagnostic alimentaire associé.

En accord avec le modèle 2x2 de Gaudreau et Thompson (2010), les études suggèrent une présence plus marquée de symptômes alimentaires chez les personnes présentant un perfectionnisme appartenant au groupe *Profil mixte* (Bonne, Soenes, Braet & Gossens,

2010 ; Goodwin, Arcelus, Geach & Meyer, 2014 ; Luo, Forbush, Williamson, Markon & Pollack, 2013 ; Pearson & Gleaves, 2006 ; Tokley & Kems, 2007; Shanmugam, Jowett, & Meyer, 2011- 2013). D'autres résultats de recherche appuient l'idée que les individus du *Profil mixte* présenteraient davantage de symptômes alimentaires, mais spécifient que le profil *Préoccupations pures* aurait un niveau de symptômes alimentaires plus marqué que les profils *Non perfectionniste* et *Standards personnels purs* (Esposito, Stoeber, Damian, Alessandri & Lombardo, 2017). Notons toutefois que les données disponibles sont souvent issues d'échantillons non cliniques et ne spécifient pas quel type de symptômes alimentaires caractérise les participants (par exemple, restrictions alimentaires, frénésies alimentaires, comportements compensatoires). Partant du fait que l'association entre les TCA caractérisés par la présence de frénésies alimentaires (hyperphagie boulimique et boulimie) et le perfectionnisme est bien établie et que les chercheurs ne s'entendent pas sur un profil typique de perfectionnisme, il semble pertinent et novateur de s'intéresser au profil perfectionniste de femmes présentant des frénésies alimentaires avec ou sans diagnostic associé à partir du modèle 2x2 cité plus haut.

### **Processus psychologiques associés aux frénésies alimentaires**

En 2009, Sherry et Hall proposent un modèle suggérant que le perfectionnisme ait des effets sur les frénésies alimentaires à travers l'activation de différents processus psychologiques couramment observés chez les individus souffrant d'hyperphagie boulimique. En effet, la présence de frénésies alimentaires est souvent accompagnée d'autres processus qui exacerbent la souffrance et témoignent du niveau de détresse d'un

individu. Ces processus peuvent prédisposer aux symptômes alimentaires, avoir un rôle à jouer dans le déclenchement des symptômes ou un rôle de maintien des comportements alimentaires pathologiques et de la détresse. Les frénésies alimentaires seraient une tentative inadaptée de l'individu pour répondre aux conditions déplaisantes engendrées par le perfectionnisme, par exemple lorsque l'individu ressent de la honte étant donné son incapacité à atteindre les standards élevés établis pour l'alimentation et le poids, la désinhibition dans la nourriture peut alors devenir un moyen d'apaisement temporaire. Parmi les processus suggérés par Sherry et Hall (2009) se retrouve l'impression de ne pas avoir de valeur (estime de soi) et d'être inadéquat socialement, ainsi que les affects dépressifs. Les processus psychologiques qui suivent apparaissent donc inévitables à considérer lorsque l'on s'intéresse au sujet combiné du perfectionnisme et des frénésies alimentaires étant donné leur rôle potentiel en tant que facteurs de risque et maintien pour les symptômes alimentaires.

**Estime de soi.** Une faible estime de soi constitue l'un des processus psychologiques les plus fréquemment considérés comme prédisposant aux TCA (Fairburn et al., 2003 ; Garner, 1993 ; Shea & Pritchard, 2007). Une faible estime personnelle ferait en outre partie des processus saillants impliqués dans la relation entre les restrictions alimentaires et les frénésies alimentaires (Goldschmidt, Wall, Loth, Le Grange & Neumark-Sztainer, 2012). En fait, la faible estime de soi contribue à la création d'une image du corps négative, ce qui favoriserait l'adoption de comportements alimentaires pathologiques dans une tentative de rétablir une image corporelle et de soi positive (restriction,

comportements compensatoires, tentative de perte de poids) (Gleason, Alexander, & Somers, 2000). De plus, en accord avec la théorie « *escape from self-awareness* », les affects négatifs associés à une pauvre image de soi peuvent accentuer le risque qu'un individu adopte des comportements alimentaires pathologiques, tels des frénésies alimentaires, pour apaiser la souffrance (Heatherton & Baumeister, 1991).

**Estime corporelle.** Des auteurs notent que les individus présentant un haut indice de masse corporelle (IMC) accompagné de frénésies alimentaires auraient une plus faible estime corporelle que ceux présentant un haut IMC sans frénésies alimentaires. Ceci suggère que les préoccupations corporelles chez les individus qui ont des frénésies alimentaires ne soient pas seulement associées à la présence d'un surplus de poids, mais qu'elles dépendent également des comportements alimentaires pathologiques (Hilbert, Tuschen-Caffier & Vögele, 2002 ; Sorbara & Geliebter, 2002). La présence de difficultés au niveau de l'estime corporelle est régulièrement notée chez les individus présentant des frénésies alimentaires. En effet, ces individus sont souvent envahis par des préoccupations sur le poids et le corps (Ahrberg, Trojca, Nasrawi & Vocks, 2011). Une faible estime corporelle apparaît comme un facteur de risque pour le développement d'un TCA et l'émergence de frénésies alimentaires (Fairburn & Wilson, 1993 ; Johnson & Wardle, 2005).

**Dépression.** Plusieurs études confirment l'association entre les affects dépressifs et les frénésies alimentaires (Araujo, Santos & Nardi, 2010 ; Azarbad, Corsica, Hall & Hood,

2010 ; Grilo et al.,2009). D'autres concluent que les symptômes dépressifs figurent parmi les facteurs prédisposants et perpétuants de l'hyperphagie boulimique et notent une relation bidirectionnelle entre les frénésies alimentaires et les symptômes dépressifs (Rosenbaum & White, 2015). En fait, les auteurs postulent que les frénésies alimentaires pourraient représenter des tentatives de régulation des affects dépressifs (Sherry et al., 2014).

### **La présente recherche**

La présente recherche a pour objectif de vérifier comment les profils de perfectionnisme, basés sur le modèle 2X2 de Gaudreau et Thompson (2010), sont reliés à la symptomatologie alimentaire et aux autres processus psychologiques associés aux TCA chez des femmes adultes qui consultent pour des problèmes d'alimentation et qui rapportent des frénésies alimentaires.

### **Hypothèses**

Hypothèse 1 : les femmes du groupe *Standards personnels purs* devraient présenter un meilleur fonctionnement global que celles du groupe *Non perfectionniste*, soit moins de symptômes alimentaires et de meilleurs processus psychologiques associés (meilleure estime de soi, meilleure estime corporelle et moins d'indices de dépression) ;

Hypothèse 2 : les femmes du groupe *Standards personnels purs* devraient présenter un meilleur fonctionnement global que celles du groupe *Profil mixte* ;

Hypothèse 3 : les femmes du groupe *Profil mixte* devraient présenter un meilleur fonctionnement global que celles du groupe *Préoccupations pures* ;

Hypothèse 4 : les femmes du groupe *Non perfectionniste* devraient présenter un meilleur fonctionnement global que celles du groupe *Préoccupations pures* ;

Hypothèse 5 : les variables mesurant les symptômes alimentaires et les processus psychologiques associés devraient permettre de distinguer les quatre groupes de perfectionnisme.

## **Méthodologie**

### **Participants**

L'échantillon à l'étude est composé de 403 participantes. Elles ont été tirées d'un échantillon initial de 488 personnes (464 femmes et 24 hommes) ayant eu recours à de l'aide psychologique pour des problèmes d'alimentation et de poids dans des cliniques spécialisées situées dans les régions de Gatineau, ainsi que de Montréal et ses environs. Pour être retenus dans l'échantillon final, les participants devaient 1) avoir 18 ans et plus, 2) rapporter au moins une frénésie alimentaire au cours du dernier mois, selon les réponses au Eating Disorder Examination Questionnaire-6 (EDE-Q6) et 3) présenter un IMC se situant au-delà de 18,5 afin d'éliminer les participants présentant davantage un profil de sous-poids chez lesquels la restriction alimentaire pourrait davantage caractériser leurs symptômes. De plus, compte tenu de la faible représentativité des hommes dans l'échantillon initial, seulement les femmes ont été retenues pour la présente étude. Pour satisfaire les critères mentionnés, 34 participantes mineures qui se trouvaient dans

l'échantillon initial ont été retirées, ainsi que les 24 hommes. De plus, 18 participantes présentant un IMC sous 18,5 et neuf participantes ne rapportant aucune frénésie alimentaire ont été retirées.

Les 403 participantes retenues sont âgées entre 18 et 72 ans, avec un âge moyen de 35,72 (11,185). Elles présentent un IMC allant de 18,69 à 58,40, avec une moyenne de 31,85 (8,54). Parmi les participantes, 28 % se situent dans la catégorie de poids « normal » (IMC entre 18,5 et 24,9), 22 % sont en « surpoids » (IMC entre 25 et 29,9), 17% en « obésité type 1 » (IMC entre 30 et 34,9), 15% en « obésité type 2 » (IMC entre 35 et 39,9) et 18 % en « obésité type 3 » (IMC >40). Toutes ont rapporté au moins une frénésie alimentaire au cours du dernier mois et peuvent avoir rapporté ou non la présence de comportements compensatoires (exercice excessif, vomissements provoqués ou prise de laxatifs). Parmi l'échantillon, 80 participantes ont rapporté entre une à trois crises durant le mois, suggérant un profil alimentaire *trouble alimentaire spécifié caractérisé par la présence de frénésies alimentaires*, alors que 323 participantes ont rapporté au minimum quatre frénésies alimentaires durant le mois, soit le seuil minimal du trouble d'*hyperphagie boulimique* et de la *boulimie*. Pour ce qui est des comportements compensatoires, notons que 26 % des participantes de l'échantillon ont rapporté la présence d'exercice excessif, 15 % la présence de vomissements provoqués et 7 % la prise de laxatifs.

## **Procédure**

Les différents outils de mesure font partie d'une batterie de questionnaires plus large et servant de base pour la préparation des plans d'interventions des intervenants des différentes cliniques. Les instruments de mesure ont été remplis en ligne via un lien URL de Survey Monkey. Le temps de complétion total variait entre 60 et 90 minutes.

## **Outils de mesure**

**Eating Attitude Test 26 version française** (EAT-26 ; Garner, Olmsted, Bohr, & Garfinkel, 1982 VO ; Leichner, Steiger, Puentes-Neuman, Perreault & Gottheil, 1994 VF). Le EAT-26 est un questionnaire qui permet de déceler les personnes à risque de développer un TCA. Ce questionnaire est fréquemment utilisé pour dépister la présence d'attitudes et de comportements alimentaires problématiques chez les gens qui ne répondent pas nécessairement aux critères diagnostiques cliniques. Il est composé de 26 questions qui se répondent sur une échelle Likert en six points. Les propriétés psychométriques de la version francophone du test sont adéquates et comparables à la version originale (Leichner et al., 1994). Dans le présent échantillon, l'indice d'alpha de Cronbach dénote un niveau de fidélité satisfaisant avec un coefficient de 0,877.

**Eating Disorder Examination Questionnaire-6 version française** (EDE-Q6 ; Fairburn & Beglin, 2008 VO ; Carrard, My Lien Rebetez, Mobbs, & Van der Linden, 2015 VF). Le EDE-Q6 constitue un outil de mesure des comportements alimentaires pathologiques spécifiques associés aux différents diagnostics du DSM-5 (American



Psychiatric Association, 2013). Ce questionnaire autorapporté comporte 31 items permettant de vérifier la fréquence et l'intensité des frénésies alimentaires, des vomissements, de l'activité physique excessive, de l'abus de laxatifs et de comportements de diète au cours des 28 derniers jours. Il permet ainsi de dresser un portrait précis de l'échantillon en fonction du type de comportements alimentaires pathologiques présents et de l'intensité de ceux-ci, donnant des indices intéressants sur la présence ou non de diagnostics cliniques. Le questionnaire comprend quatre sous-échelles : restriction, préoccupations face à la nourriture, préoccupations face aux poids, ainsi que préoccupations par rapport à la forme du corps. Les coefficients d'alpha de Cronbach sont respectivement de 0,788 au EDE-restriction, 0,726 au EDE-alimentation, 0,771 au EDE-silhouette et 0,663 au EDE-poids dans l'échantillon à l'étude. Ceci suggère un niveau de fidélité majoritairement bon à l'exception de l'échelle EDE poids qui serait un peu plus faible.

**Body Esteem Scale version française** (BES ; Mendelson, White & Mendelson, 1997 VO ; Mendelson, Menselon & White, 2001 VF). Le BES est un questionnaire autorapporté multidimensionnel composé de 23 questions qui mesurent l'estime corporelle. Cet instrument comporte trois sous-échelles : apparence, poids et attribution (perception d'un jugement négatif d'autrui face à son apparence). Les items se répondent sur une échelle Likert en cinq points. Pour les analyses statistiques, seules les sous-échelles apparence et poids ont été utilisées, car elles permettent d'appréhender l'appréciation et la satisfaction à l'égard de l'apparence et du poids, deux processus jugés centraux dans la présente étude.

La sous-échelle attribution n'a pas été retenue ; cette sous-échelle est considérée par certains auteurs comme étant distincte de l'appréciation du poids et de l'apparence. De plus, elle s'avère peu utilisée dans les études qui s'intéressent à l'insatisfaction corporelle (Flament et al., 2012 ; Jackson & Chen, 2010 ; Modica, 2019 ; Rousseau, Valls & Chabrol, 2015). Les indices de cohérence interne pour les deux sous-échelles vont comme suit dans le présent échantillon : 0,89 au BES-apparence, 0,851 au BES-poids, suggérant un niveau de fidélité satisfaisant.

**Rosenberg Self-Esteem Scale version française** (RSES ; Rosenberg, 1965 VO ; Vallières & Vallerand, 1990 VF). Ce questionnaire comporte 10 affirmations autorapportées qui se répondent sur une échelle de type Likert en quatre points. Plus le score total est élevé et plus l'estime de soi est adéquate : un score total inférieur à 20 indique une estime de soi très faible alors qu'un score se situant entre 20 et 33 indique une faible estime de soi. Le coefficient d'alpha de Cronbach se situe à 0,882 dans l'échantillon ce qui dénote un niveau de fidélité satisfaisant.

**Center for Epidemiologic Studies Depression Scale version française** (CES-D ; Radloff, 1977 VO ; Führer & Rouillon, 1989 VF). Le CES-D est un instrument de dépistage des symptômes dépressifs contenant 20 questions ; il mesure la présence de symptômes dépressifs au cours de la dernière semaine. Les réponses sont présentées sur une échelle Likert en quatre points. L'échelle se divise en quatre dimensions : l'affect dépressif, l'affect positif, l'activité somatique retardée et les relations interpersonnelles.

Un score de 21 et plus signalerait la possibilité d'une dépression majeure (Führer & Rouillon, 1989). Pour le présent échantillon, l'indice d'alpha de Cronbach est de 0,921 soulignant une fidélité satisfaisante.

**Frost Multidimensional Perfectionism scale version française** (FMPS ; Frost et al., 1990 VO ; Rhéaume et al., 1994 VF). Ce questionnaire de 35 items mesure le degré de perfectionnisme d'un individu. Les questions se répondent sur une échelle Likert en cinq points. L'échelle contient six sous-échelles : les inquiétudes face aux erreurs, les standards personnels, les attentes des parents, la critique des parents, le doute face aux actions et l'organisation. Pour la réalisation de la présente étude, les sous-échelles attentes et critiques des parents n'ont pas été utilisées étant donné que ces dernières réfèrent aux attentes et critiques parentales perçues par l'individu dans le passé et rapportées a posteriori. Ces rappels peuvent être affectés par des expériences récentes ou biaisés par des expériences vécues dans l'enfance (Rhéaume et al., 2000).

### **Plan d'analyses**

Les données ont été analysées avec le logiciel *Statistical Package for Social Sciences*, SPSS Statistic, version 25. Quatre étapes ont été suivies pour la réalisation des analyses. D'abord, les participantes ont été réparties dans les quatre groupes de perfectionnisme en accord avec le modèle proposé par Gaudreau et Thompson (2010) et, ensuite, des analyses descriptives ont été conduites. Un point de rupture entre un échantillon clinique et un échantillon non clinique a été déterminé par la méthode proposée par Jacobson et Truax

(1991)<sup>1</sup>. Les points de rupture utilisés sont 46,54 pour la Recherche de hauts standards et 36,03 pour les Préoccupations perfectionnistes.

Plusieurs analyses ont été conduites sur l'échantillon comme préalables aux analyses principales. Premièrement, les alphas de Cronbach ont été calculés afin de vérifier la fidélité de chacune des mesures utilisées dans l'étude. Deuxièmement, une différence de moyenne des deux dimensions du perfectionnisme a également été testée auprès des groupes à partir d'Anovas à un facteur afin de vérifier la présence de différences significatives aux deux dimensions entre les groupes. Troisièmement, des analyses préliminaires ont été conduites afin de vérifier les postulats de base pour les analyses de différences de scores entre les groupes. La distribution des données a donc été testée pour chaque groupe, et ce, pour chacun des questionnaires et sous-échelles retenus. Les scores aux coefficients d'asymétrie et d'aplatissement se situent tous dans les normes, suggérant que l'hypothèse d'une normalité univariée est satisfaite. Les résultats pour le score Z sont majoritairement situés dans les normes recommandées pour un grand échantillon, soit entre -2,56 et 2,56 (Field, 2009). L'homogénéité de la variance est également respectée en majorité, sauf pour la sous-échelle restriction du EDE et pour le RES. Toutefois, au test du Kolmogorov-Smirnov, les données n'apparaissent pas distribuées selon la loi normale. Considérant le N élevé pour chaque groupe ( $n > 30$ ), le non-respect de la loi normale dans ce cadre ne compromet pas l'utilisation de certains tests paramétriques (Field, 2009).

---

<sup>1</sup> Référence échantillon clinique : Sassaroli et al., 2008  
Référence échantillon non clinique : Jain & Sudhir, 2010

Pour les analyses principales, des tests de différences de médiane non paramétriques nommés Kruskal-Wallis ont été utilisés. Des analyses paramétriques ont été conduites préalablement sur les mêmes variables et des résultats allant dans la même direction sont apparus, quoique moins conservateurs. L'alternative non paramétrique a donc été adoptée puisqu'elle paraît plus prudente et rigoureuse afin d'éviter les faux positifs comparativement à l'usage d'Anovas dans la présente étude en accord avec les résultats aux analyses préliminaires. Les différences de médiane ont permis de vérifier les hypothèses 1 à 4 tout en demeurant conservateur face aux résultats et à leurs interprétations. Les post-hoc utilisés pour ce test sont basés sur des comparaisons appariées. Le Kruskal-Wallis a été réalisé en utilisant comme VI la variable *groupe de perfectionnisme* et comme VD chacune des différentes mesures à tour de rôle. Puis, pour vérifier l'hypothèse 5, l'analyse discriminante a été privilégiée étant donné que ses postulats de base ne sont pas enfreints. Cette analyse vise à prédire l'appartenance à des groupes (variable indépendante) à partir d'une série de variables dépendantes, appelées variables prédictives. Les prédictions s'opèrent à travers la proposition d'un système de représentation de ces variables qui permettrait de discerner le plus possible les groupes (Field, 2009). Elle offre une vision davantage globale sur l'ensemble des variables que le Kruskal-Wallis nous permet de compléter le portrait dressé sur la relation entre les variables. Pour ce test, la VI et les VD utilisées sont les mêmes que pour le Kruskal-Wallis.

## Résultats

### Création des groupes

Les participantes de l'échantillon ont été réparties en quatre groupes selon leurs scores aux sous-échelles du FMPS représentant la dimension de « Recherche de hauts standards », soit *Standards personnels* et *Organisation* et celles représentant la dimension « Préoccupations perfectionnistes » soit *Préoccupations sur les erreurs* et *Doutes sur les actions* (Stoeber & Otto, 2006). Ainsi, la répartition au sein des groupes de perfectionnisme, en accord avec le modèle 2x2 de Gaudreau et Thompson (2010), est la suivante : 78 femmes dans le profil *Non perfectionnistes* (NP), 72 pour le profil *Standards personnels purs* (SPP), 173 présentant un *Profil mixte* (PM) et 80 dans le profil *Préoccupations pures* (PP).

### Analyses préalables

**Différences de moyennes des deux dimensions.** L'analyse de variance à un facteur suggère qu'il y a au moins deux groupes qui ont des moyennes statistiquement différentes pour la dimension Recherche de hauts standards,  $F(3,402) = 254,409$ ,  $p < 0,00$ . Les analyses post-hoc basées sur la correction de *Bonferroni* indiquent que, en ordre croissant, les *NP* et les *PP* présenteraient un niveau significativement plus bas de Recherche de Hauts standards que les deux autres groupes, alors que les groupes *SPP* et *PM* présenteraient un niveau significativement plus élevé de Recherche de hauts standards face aux autres groupes. Pour la dimension Préoccupations perfectionnistes, les résultats suggèrent qu'au moins deux groupes auraient des moyennes statistiquement différentes,

$F(3,402) = 257,497, p < 0,00$ . Aux post-hoc, les *NP* paraissent avoir un niveau significativement plus bas de Préoccupations perfectionnistes que les *PM* et les *PP* ; les *SPP* auraient un niveau significativement plus bas de Préoccupations perfectionnistes que les *PM* et les *PP* ; les *PM* auraient un niveau significativement plus élevé de Préoccupations perfectionnistes que les *PP*. Le Tableau 1 présente les résultats à l'analyse de variance à un facteur sur les dimensions du perfectionnisme.

Tableau 1

*Analyse de variance à un facteur sur les dimensions du perfectionnisme en fonction de la variable groupe de perfectionnisme*

	Non perfectionniste (NP)	Standards personnels purs (SPP)	Profil Mixte (PM)	Préoccupations pures (PP)	Post-Hoc
Dimensions					
Recherche de hauts standards	39,88 <sup>AB</sup>	51,11 <sup>AC</sup>	53,72 <sup>BD</sup>	41,40 <sup>CD</sup>	NP=PP<SPP=PM
Préoccupations perfectionnistes	28,67 <sup>BE</sup>	29,60 <sup>CF</sup>	46,73 <sup>BDF</sup>	44, <sup>CDE</sup>	NP=SPP<PP<PM

Les résultats à l'analyse de différence de médiane, Kruskal-Wallis, n'ont pas permis de soutenir l'hypothèse 1 dans la comparaison du groupe *Standards personnels purs* et du groupe *Non perfectionniste* quant au niveau de fonctionnement global. Ainsi, les résultats

aux post-hoc ne démontrent aucune différence significative entre les deux groupes aux différentes mesures utilisées, mesures de fonctionnement positive ou négative.

Les résultats au Kruskal-Wallis soutiennent l'hypothèse 2, c'est-à-dire que le groupe *Standards personnels purs* présente un meilleur fonctionnement global que le groupe *Profil mixte*. En effet, pour les échelles de score clinique, soit le EAT-26 ( $H(3)=39,655$   $p < 0,00$ ), les sous-échelles du EDE-Q6 : Alimentation ( $H(3)=37,656$ ,  $p < 0,001$ ), Silhouette ( $H(3)=43,194$ ,  $p < 0,001$ ) et Poids ( $H(3)=37,356$   $p < 0,001$ ) puis l'échelle de dépression ( $H(3)=46,743$   $p < 0,001$ ), les post-hoc indiquent que les participantes du groupe *PM* obtiennent un score médian plus élevé que celles du groupe *SPP*. Pour les échelles où les scores obtenus sont un indicateur positif du fonctionnement, soit les deux sous-échelles du BES, Apparence ( $H(3)=39,817$   $p < 0,001$ ) et Poids ( $H(3)=24,543$   $p < 0,001$ ) et l'échelle d'estime de soi ( $H(3)=107,384$   $p < 0,001$ ), les post-hoc soulèvent que le groupe *SPP* a un score médian plus élevé que le *PM*.

La troisième hypothèse de l'étude qui stipule que les femmes du groupe *Profil mixte* devraient présenter un meilleur fonctionnement global que celles du groupe *Préoccupations pures* est majoritairement infirmée par les résultats aux différences de médiane à l'exception de l'échelle d'estime de soi, RES. Ainsi, les résultats aux post-hoc ne démontrent aucune différence significative entre les deux groupes aux différentes mesures utilisées, sauf au RES ( $H(3)=107,384$   $p < 0,001$ ) où les post-hoc indiquent que le groupe *PM* a un score médian plus élevé que le groupe *PP*.



La dernière comparaison de médianes concerne le groupe *Non perfectionniste* pour lequel est attendu un meilleur fonctionnement global que celui du groupe *Préoccupations pures*, faisant référence à la 4<sup>e</sup> hypothèse de l'étude. L'hypothèse est partiellement soutenue pour les mesures de symptômes alimentaires au EDE-Q6 (silhouette et poids), pour les symptômes dépressifs et pour les mesures d'estime de soi et l'estime corporelle. Pour les échelles affichant un score négatif, les sous-échelles Silhouette ( $H(3)=43,194, p < 0,001$ ) et Poids ( $H(3)=37,356 p < 0,001$ ) du EDE-Q6 et l'échelle de dépression CES-D ( $H(3)=46,743 p < 0,001$ ), les post-hoc indiquent que le groupe *PP* a un score médian plus élevé que le groupe *NP*. Aux échelles présentant un score positif, les post-hoc soulèvent que pour la sous-échelle BES apparence ( $H(3)=39,817 p < 0,001$ ), BES Poids ( $H(3)=24,543 p < 0,001$ ) et l'échelle d'estime de soi RES ( $H(3)=107,384 p < 0,001$ ), le groupe *NP* a un un score médian plus élevé que le groupe *PP*. Le Tableau 2 présente les résultats aux différences de médiane ainsi que les résultats aux post-hoc.

Tableau 2

*Analyse de différences de médiane sur les mesures de symptômes de TCA et processus psychologiques en fonction de la variable groupe de perfectionnisme*

Mesure	Non perfectionniste (NP)	Standards personnels purs (SPP)	Profil Mixte (PM)	Préoccupations pures (PP)	Post-Hoc
EAT	17	22	28	24	NP=SPP=PP<PM
EDE-Restriction	1,6	1,9	2,4	1,8	NP< PM
EDE-Alimentation	2,2	2,2	3,2	2,8	NP=SPP< PM
EDE-Silhouette	4,125	4,312	5	4,875	NP < PP NP< PM SPP< PM
EDE-Poids	3,5	4	4,6	4,4	NP < PP NP< PM SPP< PM
BES-Apparence	1,3	1,35	0,9	0,9	PP=PM<SPP=NP
BES-Poids	0,75	0,812	0,5	0,375	NP < PP NP< PM SPP< PM
RES	31	34	27	25	PP<PM<NP=SPP
CES-D	13,5	14,5	23	23	NP=SPP<PM=PP

\*Seules les différences significatives sont représentées au post-hoc

### Analyse discriminante

Les résultats de l'analyse discriminante révèlent que deux des trois fonctions discriminantes initialement estimées sont significatives avec un indice de Lambda de Wilks respectivement de  $\Lambda = .657$   $X^2(ddl = 27) = 165,872, p < .001$  ;  $\Lambda = .906$   $X^2(ddl = 16) = 39,063, p = .001$  et permettent de distinguer les quatre groupes. La fonction 1 semble regrouper les processus psychologiques associés au TCA (estime de soi, estime corporelle et dépression). Cette première fonction semble distinguer les groupes selon le niveau de Préoccupations perfectionnistes. Les groupes *Non perfectionniste* (1) et *Standards personnels purs* (2) présentent les indices de valeur propre plus faibles sur cette fonction que les groupes *Profil mixte* (3) et *Préoccupations pures* (4). Cette fonction significative représenterait 78,4% (valeur propre= 0,381) de la variance entre les groupes avec une corrélation canonique  $R^2=0,276$ . La fonction 2 semble représenter la symptomatologie alimentaire. Les groupes *Standards personnels purs* (2) et *Profil mixte* (3) présentent les indices de valeurs propres plus élevés sur cette deuxième fonction que les groupes *Non perfectionniste* (1) et *Préoccupations pures* (4). Cette fonction significative représenterait 18,7% (valeur propre = 0,091) de la variance entre les groupes avec une corrélation canonique  $R^2=0,084$ . Le Tableau 3 fait état des coefficients des variables sur les trois fonctions. La Figure 1 présente les groupes centroïdes sur les deux fonctions canoniques significatives.

Tableau 3

*Analyse discriminante sur les mesures de symptômes TCA et processus psychologiques en fonction de la variable groupe de perfectionnisme*

Mesures	Fonction 1	Fonction 2	Fonction 3
EAT Global	-,348	<b>,830*</b>	-,204
EDE Silhouette	-,459	<b>,597*</b>	,226
EDE Alimentation	-,443	<b>,591*</b>	-,209
EDE Poids	-,414	<b>,508*</b>	,398
EDE Restriction	-,154	<b>,385*</b>	-,329
RES Global	<b>,958*</b>	,185	-,089
BES Apparence	<b>,557*</b>	-,135	,158
BES Poids	<b>,387*</b>	-,087	-,085
CESD Global	<b>-,563*</b>	,275	,163

\*Les corrélations intragroupes combinées entre les variables discriminantes et les variables des fonctions canoniques standardisées sont ordonnées par la taille absolue des corrélations à l'intérieur de la fonction. \* Plus grande corrélation absolue entre chaque variable et une fonction discriminante.

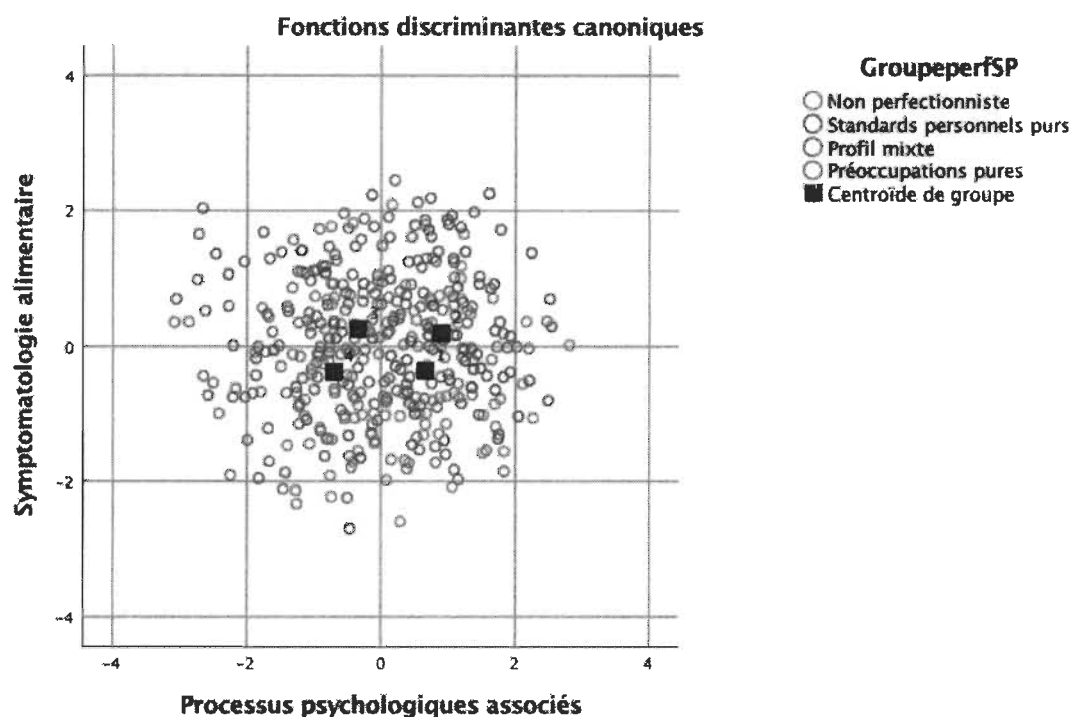


Figure 2. Fonctions discriminantes canoniques en fonction des groupes de perfectionnisme.

## Discussion

L'objectif de cette étude était de vérifier comment les profils de perfectionnisme de Gaudreau et Thompson (2010) sont associés à la symptomatologie alimentaire et autres processus psychologiques associés aux TCA chez des femmes adultes qui rapportent des frénésies alimentaires. Les résultats actuels suggèrent que, dans cette population clinique, le perfectionnisme est fréquent et que des niveaux plus élevés de perfectionnisme sont associés à des symptômes alimentaires plus importants, une plus faible estime de soi et corporelle et un plus grand risque de présenter des symptômes dépressifs. Il semble également que le perfectionnisme n'ait pas d'effet protecteur ou bénéfique dans le présent échantillon. La Recherche de hauts standards, souvent reconnue comme entraînant des

conséquences positives, semble être plutôt associée à davantage de symptômes TCA. De leur côté, les Préoccupations perfectionnistes semblent exacerber les symptômes et entraver davantage le fonctionnement général des participantes.

Contrairement à ce qui était attendu à l'hypothèse 1, soit que les femmes du groupe *SPP* devraient présenter un meilleur fonctionnement global que celles du groupe *NP*, il n'y a aucune différence significative entre ces deux groupes quant aux symptômes alimentaires et processus psychologiques associés. Ce constat remet en question l'idée que le groupe *SPP* du modèle 2X2 serait davantage « fonctionnel » que le groupe *NP*. La nature protectrice ou bénéfique de la Recherche de hauts standards, telle que parfois suggérée dans la littérature, n'est pas observée dans une population clinique de femmes présentant des comportements alimentaires problématiques (Gaudreau & Thompson, 2010 ; Hill et al., 2010 ; Stoeber & Otto, 2006). Cela porte à croire que le rôle bénéfique de cette dimension serait limité lorsqu'elle est combinée à une fragilité sur le plan alimentaire, puisque cela risque d'entraîner l'investissement des standards élevés au profit du TCA, soit à travers la quête du corps et du poids parfaits. Ainsi, chez les femmes présentant des symptômes alimentaires, la Recherche de hauts standards ne serait pas un gage de mieux-être en comparaison à l'absence de tendance perfectionniste, puisqu'aucune différence n'apparaît quant aux mesures de symptômes alimentaires et processus psychologiques associés entre les groupes *SPP* et *PM*.

Concernant la seconde hypothèse qui stipule que les femmes du groupe *SPP* devraient

présenter un meilleur fonctionnement global que celles du groupe *PM*, les résultats soutiennent nos prédictions. Comparativement au groupe *PM*, le groupe *SPP* présenterait donc moins d'attitudes et de comportements associés aux TCA, moins de préoccupations associées à l'alimentation, à la silhouette et aux poids, une meilleure estime associée au poids et à l'apparence du corps, une meilleure estime de soi en général et un moins haut niveau de symptômes dépressifs. Ainsi, le mélange de standards de performance élevés et de la tendance à s'autoévaluer durement semble accentuer la symptomatologie alimentaire et le risque de dysfonctionnement. La combinaison des deux dimensions du perfectionnisme limite le pouvoir bénéfique de la Recherche de hauts standards, tel qu'avancé par plusieurs (Douilliez & Lefevre, 2011 ; Hill et al., 2010 ; Stoeber & Otto, 2006).

La troisième hypothèse, à l'effet que les femmes du groupe *PM* devraient présenter un meilleur fonctionnement global que celles du groupe *PP*, est uniquement soutenue par les résultats liés à l'échelle d'estime de soi. Ainsi, le groupe *PM* aurait une meilleure estime de soi que le groupe *PP*. Cette hypothèse serait toutefois infirmée pour l'échelle EAT : le groupe *PM* présenterait plus d'attitudes et de comportements associés aux TCA que le groupe *PP*. Ces résultats apportent des nuances intéressantes quant à l'idée que le groupe *PM* serait davantage « fonctionnel » que le groupe *PP* en raison de la portée bénéfique de la Recherche de hauts standards. Tel que suggéré plus haut, il apparaît que, dans une population clinique, cet effet bénéfique soit moins détectable. Le côté protecteur de la Recherche de hauts standards semble se manifester uniquement à travers l'estime de

soi, qui est plus élevée ici dans le groupe *PM* que le groupe *PP*, mais le fait d'avoir des hauts standards perfectionnistes semble impliquer d'avoir également des attitudes et comportements associés aux TCA plus problématiques. Ceci permet de supposer que chez les femmes présentant des frénésies alimentaires, la Recherche de hauts standards tend à être investie à travers le corps et l'alimentation, ce qui exacerbe les risques de TCA. La Recherche de hauts standards pourrait soutenir la quête du poids parfait et offrir une cible à atteindre aux femmes, par exemple se rapprocher des standards de beauté véhiculés dans la société. Le désir d'atteindre cette cible pourrait insuffler la motivation et un sentiment de cohérence avec les valeurs nécessaires pour l'atteinte de cette quête. Conséquemment, l'estime de soi s'en voit un peu protégée à court terme, mais les symptômes de TCA se maintiennent et peuvent même s'aggraver.

L'hypothèse 3 venait vérifier, en outre, la prémisse de base du modèle 2X2 qui stipule que la Recherche de hauts standards joue un rôle « tampon » face à l'effet négatif des Préoccupations perfectionnistes et que, par conséquent, le groupe *PM* serait plus « sain » que le groupe *PP*. Cette prémisse n'a pas pu être confirmée dans notre échantillon clinique de femmes qui présentent des frénésies alimentaires. La présence de doutes liés aux capacités et la tendance à se blâmer affectent l'alimentation, l'estime et l'humeur des femmes, et ce, qu'elles aient des standards élevés ou non. Les préoccupations à atteindre certaines normes et la tendance à reposer sur des pressions externes pour l'atteinte d'un sentiment de valeur semblent occuper une place importante dans le cercle vicieux qui maintient les symptômes alimentaires et processus psychologiques associés. Ces



préoccupations alimentent la motivation des femmes à poser des actions pour se rapprocher des standards de beauté de la société, qui sont souvent vaines et qui renforcent leur sentiment d'être incapable en plus d'augmenter la récurrence des frénésies alimentaires. Conséquemment, cela entraîne de la déception face à soi-même et impacte l'humeur. Les résultats pourraient aussi être expliqués par le fait que le groupe *PM* présente significativement plus de Préoccupations perfectionnistes que le groupe *PP*. L'impact négatif des Préoccupations perfectionnistes semble être encore plus présent dans le groupe *PM*, faisant en sorte que tout effet protecteur ou positif de la Recherche de hauts standards soit en quelque sorte annulé, ce qui pourrait empêcher une distinction plus franche de ce groupe avec le groupe *PP* (Lizmore, Dunn & Dunn, 2017 ; Gotwals, Stoeber, Dunn & Stoll, 2012 ; Hill & Curran, 2012).

La quatrième hypothèse qui postulait que les femmes du groupe *NP* devraient présenter un meilleur fonctionnement global que celles du groupe *PP* est partiellement confirmée. En effet, les participantes du groupe *NP* présenteraient moins de préoccupations associées à la silhouette et au poids, une meilleure estime associée à l'apparence du corps et du poids, une meilleure estime de soi en général et un moins haut niveau de symptômes dépressifs. Pour les attitudes et comportements associés au TCA et les préoccupations associées à la restriction alimentaire et à l'alimentation, aucune différence significative n'a été observée entre les *NP* et *PP*. Ces résultats suggèrent que les femmes qui présentent une forte tendance aux Préoccupations perfectionnistes sans rechercher à atteindre des hauts standards personnels auraient un moins bon niveau de

fonctionnement en général en comparaison avec celles qui se disent non perfectionnistes. Les données n'ont toutefois pu soulever cette différence pour les symptômes de restriction/préoccupations pour la nourriture et pour les attitudes associées au TCA en général. La population ciblée ici étant caractérisée par les frénésies alimentaires, l'indifférenciation entre les groupes sur les préoccupations face à la restriction et l'alimentation n'est pas surprenante. En effet, ce qui caractérise les femmes de l'échantillon sur le plan de la symptomatologie alimentaire est davantage la présence de frénésies alimentaires et de préoccupations face aux poids que la présence de restriction et préoccupations face à l'alimentation. Il semblerait que le groupe *PP* se distingue du groupe *NP* sur les variables de TCA étant davantage associées à l'estime corporelle : préoccupation sur le corps et le poids. Ainsi, plus les femmes sont préoccupées, plus leurs préoccupations seront investies dans la pathologie : elles vont davantage s'en faire par rapport à leur corps et leur poids.

L'analyse discriminante conduite soutient la dernière hypothèse. Ainsi, les variables de symptômes TCA et de processus associés permettent de distinguer les groupes de perfectionnisme. Les processus psychologiques associés aux TCA distinguent les groupes selon le facteur de la Recherche de hauts standards. Les variables mesurant les processus associés aux TCA (estime de soi, estime corporelle, dépression) permettent de distinguer les groupes sur le facteur des Préoccupations perfectionnistes. Les résultats suggèrent que les groupes *PP* et *PM* auraient un moins bon niveau de fonctionnement sur les processus psychologiques que les groupes *NP* et *SPP*. Les groupes *SPP* et *PM* présenteraient, quant

à eux, une plus forte sévérité des symptômes alimentaires que les groupes *NP* et *PP*. Le résultat à cette analyse renforce ainsi l'idée que la Recherche de hauts standards n'est pas associée à des effets bénéfiques dans un échantillon de femmes présentant des frénésies alimentaires, les symptômes TCA étant plus importants chez les groupes avec un haut niveau de Recherche de hauts standards. De plus, le résultat supporte l'idée que l'ampleur des Préoccupations perfectionnistes est associée à un moins bon fonctionnement général.

Cette étude innovatrice se penche sur le sujet du perfectionnisme et des frénésies alimentaires sous un angle jamais observé jusqu'à présent selon nos connaissances. Les résultats font état de l'influence possible du perfectionnisme sur les frénésies alimentaires et sur les processus psychologiques associés aux frénésies dans un échantillon clinique de femmes qui consultent pour des problèmes d'alimentation et de poids avec ou sans diagnostic alimentaire associé. Quelques lacunes sur le plan de la méthodologie doivent toutefois être soulevées. D'abord, étant donné le faible nombre d'hommes dans l'échantillon initial, ceux-ci n'ont pu être inclus dans l'observation du phénomène alors que les frénésies alimentaires se retrouvent également chez les hommes. En effet, l'hyperphagique boulimique, trouble caractérisé principalement par la présence de frénésies alimentaires, présenterait une prévalence comparable chez les hommes et les femmes (American Psychiatric Association, 2013). Il serait intéressant de pouvoir observer comment les symptômes alimentaires et les processus psychologiques associés se manifestent à travers les profils de perfectionnisme chez les hommes et de vérifier si le phénomène se manifeste différemment de chez les femmes. La faible représentation des

hommes dans cet échantillon se rapproche toutefois de la réalité en clinique. La recherche d'aide psychologique demeure moins fréquente pour les hommes, notamment pour les problématiques d'alimentation et de préoccupations corporelles (Hackler, Vogel & Wade, 2010 ; Lajeunesse et al., 2013). Une autre limite méthodologique se situe au niveau de l'absence de diagnostic psychologique émis par un professionnel. Une entrevue diagnostique structurée aurait pu permettre de préciser davantage le portrait de l'échantillon et d'en augmenter la fidélité. Dans le cas présent ici, nous pouvons par contre transposer ces résultats à un éventail plus large de population, soit non seulement les femmes qui présentent un diagnostic d'hyperphagie boulimique ou de boulimie, mais également celles qui ont un profil de TCA spécifié. Finalement, l'absence de groupe de comparaison non clinique apparaît également comme une lacune méthodologique. Afin de documenter davantage l'impact des deux dimensions du perfectionnisme sur la symptomatologie alimentaire et le fonctionnement général, il apparaîtrait intéressant d'aller plus loin dans de futures recherches en comparant des échantillons cliniques et non cliniques sur la base des quatre profils de perfectionnisme et d'y ajouter la variable sexe.

## **Conclusion**

Les résultats de la présente étude soutiennent l'idée que l'intervention en TCA doit considérer les deux dimensions du perfectionnisme : Recherche de hauts standards et Préoccupations perfectionnistes (Limburg et al., 2017). En effet, la Recherche de hauts standards projetée dans la quête du corps et du poids parfaits est égosyntone et cohérente, mais le manque de flexibilité pourrait atténuer les effets bénéfiques de cette dimension du

perfectionnisme. Pour que la Recherche de haut standard puisse s'avérer autodéterminée, celle-ci doit comporter de la flexibilité et permettre de maintenir un équilibre sur l'ensemble des valeurs. Le dépassement de soi constitue une des valeurs qui peut être investie. Toutefois, lorsque cette valeur devient l'unique source de valorisation pour l'image de soi, il y a déséquilibre, et ultimement, psychopathologie. La présence de Préoccupations perfectionnistes venant exacerber le dysfonctionnement des femmes présentant des symptômes de TCA, il apparaît évident que cette tendance doit également être ciblée lors du traitement psychologique. Des recherches futures sur le sujet combiné des profils de perfectionnisme et des frénésies alimentaires chez les femmes en comparaison avec les hommes et d'autres échantillons non cliniques permettraient d'offrir une meilleure compréhension de ce phénomène complexe. Ces informations pourraient également mettre en lumière des pistes à considérer pour le traitement afin de briser le cercle de maintien qui s'opère entre ces variables, et ainsi, aider à diminuer la souffrance associée.

### Références

- Ahrberg, M., Trojca, D., Nasrawi, N., & S., Vocks (2011). Body image disturbance in binge eating disorder: A review. *European Eating Disorders Review*, 19, 375–381.
- American Psychiatric Association (2013). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM 5*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Antony, M. M., Purdon, C. L., Huta, V., & Swinson, R. P. (1998). Dimensions of perfectionism across the anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 36(12), 1143-1154.

- Araujo, D., Santos, G., & A., Nardi (2010). Binge eating disorder and depression: A systematic review. *World Journal of Biological Psychiatry* 11(2 Pt 2): 199–207. doi: 10.3109/ 15622970802563171.
- Ashbaugh, A., Antony, M. M., Liss, A., Summerfeldt, L. J., McCabe, R. E., & Swinson, R. P. (2007). Changes in perfectionism following cognitive-behavioral treatment for social phobia. *Depression and Anxiety*, 24, 169–177. <https://doi.org/10.1002/da.20219>.
- Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) (2015). *La face cachée et l'imposture des produits, services et moyens amaigrissants (PSMA)*. Montréal.
- Azarbad, L., Corsica, J., Hall, B. & M., Hood (2010). Psychosocial correlates of binge eating in Hispanic, African American, and Caucasian women presenting for bariatric surgery. *Eating behaviors*, 11(2), 79-84.
- Bardone-Cone, A., Wonderlich, S., Frost, R., Bulik, C., Mitchell, J., Uppala, S., & H., Simonich (2007). Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review*, 27(3), 384-405.
- Bardone-Cone, A. M., Joiner Jr, T. E., Crosby, R. D., Crow, S. J., Klein, M. H., Le Grange, D., & Wonderlich, S. A. (2008). Examining a psychosocial interactive model of binge eating and vomiting in women with bulimia nervosa and subthreshold bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 46(7), 887-894.
- Bardone-Cone, A. M., Sturm, K., Lawson, M. A., Robinson, D. P., & Smith, R. (2010). Perfectionism across stages of recovery from eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(2), 139-148.
- Blankstein, K. R., & Dunkley, D. M. (2002). Evaluative concerns, self-critical, and personal standards perfectionism: A structural equation modeling strategy.
- Boone, L., Soenens, B., Braet, C., & Goossens, L. (2010). An empirical typology of perfectionism in early-to-mid adolescents and its relation with eating disorder symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 48(7), 686-691
- Buhlmann, U., Etcoff, N. L., & Wilhelm, S. (2008). Facial attractiveness ratings and perfectionism in body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(3), 540–547. doi:10.1016/j.janxdis.2007.05.004
- Carrard, I., My Lien Rebetez, M., Mobbs, O., & Van derLinden, M. (2015). Factor structure of a French version of the eating disorder examination-questionnaire among women with and without binge eating disorder symptoms. *Eating and*

*Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 20(1), 137-144. doi : 10.1007/s40519-014-0148-x

- Castro-Fornieles, J., Gual, P., Lahortiga, F., Gila, A., Casulà, V., Fuhrmann, C., & Toro, J. (2007). Self-oriented perfectionism in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 40(6), 562-568.
- Duarte, C., & Pinto-Gouveia, J. (2017). Self-defining memories of body image shame and binge eating in men and women: Body image shame and self-criticism in adulthood as mediating mechanisms. *Sex Roles*, 77(5-6), 338-351.
- Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31(2), 203–212. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.009>.
- Esposito, R. M., Stoeber, J., Damian, L. E., Alessandri, G., & Lombardo, C. (2017). Eating disorder symptoms and the 2×2 model of perfectionism: mixed perfectionism is the most maladaptive combination. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 1-7.
- Fairburn, C. (2008). *Cognitive behavioral therapy and eating disorders*. New York: The Guilford Press.
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York.
- Fairburn, C., Cooper, Z., & R., Shafran (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509–528.
- Fairburn, C., & T., Wilson (1993). *Binge eating: Nature, assessment, and treatment*. New York: Guilford Press.
- Field, A. P. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. London, England: SAGE.
- Flament, M. F., Hill, E. M., Buchholz, A., Henderson, K., Tasca, G. A., & Goldfield, G. (2012). Internalization of the thin and muscular body ideal and disordered eating in adolescence: The mediation effects of body esteem. *Body image*, 9(1), 68-75.
- Freud, S. (1920). Au-delà du principe de plaisir (S. Jankélévitch, trad.). Dans S. Freud (Éd.), *Essais de psychanalyse* (pp. 43-115). Pontalis. Paris: Payot.



- Frost, R., Marten, P., Lahart, C., & R., Rosenblate (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive therapy and research*, 14(5), 449-468.
- Führer, R., & Rouillon, F. (1989). The French version of CES-D: description and translation of the self-report scale. *Psychiatrie Psychobiol*, 4, 163-6.
- Gaudreau, P., & Thompson, A. (2010). Testing a 2× 2 model of dispositional perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 48(5), 532-537.
- Garner, D. (1993). Pathogenesis of anorexia nervosa. *The Lancet*, 341, 1631-1635.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological medicine*, 12(4), 871-878.
- Gleason, J. H., Alexander, A. M., & Somers, C. L. (2000). Later adolescents' reactions to three types of childhood teasing: relations with self-esteem and body image. *Social Behavior and Personality*, 28, 472-480.
- Goldschmidt, A., Wall, M., Loth, K., Le Grange, D., & D., Neumark-Sztainer (2012). Which dieters are at risk for the onset of binge eating? A prospective study of adolescents and young adults. *Journal of Adolescent Health*, 51(1), 86-92.
- Goodwin, H., Arcelus, J., Geach, N., & Meyer, C. (2014). Perfectionism and eating psychopathology among dancers: The role of high standards and Self-criticism. *European Eating Disorders Review*, 22(5), 346-351.
- Gotwals, J. K., Stoeber, J., Dunn, J. G., & Stoll, O. (2012). Are perfectionistic strivings in sport adaptive? A systematic review of confirmatory, contradictory, and mixed evidence. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 53(4), 263.
- Grilo, C. M., White, M. A., & Masheb, R. M. (2009). DSM-IV psychiatric disorder comorbidity and its correlates in binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 42(3), 228-234.
- Hackler, A. H., Vogel, D. L., & Wade, N. G. (2010). Attitudes toward seeking professional help for an eating disorder: The role of stigma and anticipated outcomes. *Journal of Counseling & Development*, 88(4), 424-431.
- Handley, A. K., Egan, S. J., Kane, R. T., & Rees, C. S. (2014). The relationships between perfectionism, pathological worry and generalised anxiety disorder. *BMC psychiatry*, 14(1), 98.



- Heatherton, T., & R., Baumeister (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological bulletin*, 110(1), 86.
- Hewitt, P., & G., Flett (1991a). Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of personality and social psychology*, 60(3), 456.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991b). Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of personality and social psychology*, 60(3), 456.
- Hilbert, A., Tuschen-Caffier, B., & Vögele, C. (2002). Effects of prolonged and repeated body image exposure in binge-eating disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 13–144.
- Hill, A. P., & Curran, T. (2016). Multidimensional perfectionism and burnout: A meta-analysis. *Personality and Social Psychology Review*, 20(3), 269-288.
- Hill, R. W., Huelsman, T. J., & Araujo, G. (2010). Perfectionistic concerns suppress associations between perfectionistic strivings and positive life outcomes. *Personality and Individual Differences*, 48(5), 584-589.
- Huprich, S. K., Porcerelli, J., Keaschuk, R., Binienda, J., & Engle, B. (2008). Depressive personality disorder, dysthymia, and their relationship to perfectionism. *Depression and Anxiety*, 25(3), 207–217. doi:10.1002/da.20290.
- Iketani, T., Kiriike, N., Stein, M. B., Nagao, K., Nagata, T., Minamikawa, N., Fukuhara, H. (2002). Relationship between perfectionism and agoraphobia in patients with panic disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 31(3), 119–128. doi:10.1080/165060702320337997.
- Jackson, T., & Chen, H. (2010). Factor structure of the Sociocultural Attitudes Towards Appearance Scale-3 (SATAQ-3) among adolescent boys in China. *Body Image*, 7, 349–355. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2010.07.003>.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59(1), 12.
- Jain, M., & Sudhir, P. M. (2010). Dimensions of perfectionism and perfectionistic self-presentation in social phobia. *Asian Journal of Psychiatry*, 3(4), 216-221.

- Johnston, J., Shu, C. Y., Hoiles, K. J., Clarke, P. J., Watson, H. J., Dunlop, P. D., & Egan, S. J. (2018). Perfectionism is associated with higher eating disorder symptoms and lower remission in children and adolescents diagnosed with eating disorders. *Eating behaviors*, 30, 55-60.
- Johnson, F., & J., Wardle (2005). Dietary restraint, body dissatisfaction, and psychological distress: a prospective analysis. *Journal of abnormal psychology*, 114(1), 119.
- Lajeunesse, S.-L., Houle, J., Rondeau, G., Bilodeau, S., Villeneuve, R. & Camus, F. (2013). *Les hommes de la région de Montréal. Analyse de l'adéquation entre leurs besoins psychosociaux et les services qui leur sont offerts*. Montréal:ROHIM.
- Leichner, P., Steiger, H., Puentes-Neuman, G., Perreault, M., & Gottheil, N. (1994). Validation d'une échelle d'attitudes alimentaires auprès d'une population québécoise francophone. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 39(1), 49-54.
- Limburg, K., Watson, H. J., Hagger, M. S., & Egan, S. J. (2017). The relationship between perfectionism and psychopathology: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 73(10), 1301-1326.
- Lizmore, M. R., Dunn, J. G., & Dunn, J. C. (2017). Perfectionistic strivings, perfectionistic concerns, and reactions to poor personal performances among intercollegiate athletes. *Psychology of Sport and Exercise*, 33, 75-84.
- Luo, J., Forbush, K., Williamson, J., Markon, K. & L., Pollack (2013). How specific are the relationships between eating disorder behaviors and perfectionism? *Eating behaviors*, 14(3), 291-294.
- Mackinnon, S., Sherry, S., Graham, A., Stewart, S., Sherry, D., Allen, S., ... & D., McGrath (2011). Reformulating and testing the perfectionism model of binge eating among undergraduate women: A short-term, three-wave longitudinal study. *Journal of Counseling Psychology*, 58(4), 630.
- Mendelson, B. K., Mendelson, M. J., & White, D. R. (2001). Body-esteem scale for adolescents and adults. *Journal of personality assessment*, 76(1), 90-106.
- Mendelson, B. K., White, D. R., & Mendelson, M. J. (1997). Manual for the body-esteem scale for adolescents and adults. *Res. Bull*, 16(2).
- Mitchell, J. H., Newall, C., Broeren, S., & Hudson, J. L. (2013). The role of perfectionism in cognitive behaviour therapy outcomes or clinically anxious children. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 547-554. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.05.015>.

- Modica, C. (2019). Facebook, body esteem, and body surveillance in adult women: The moderating role of self-compassion and appearance-contingent self-worth. *Body image*, 29, 17-30.
- Pearson, C., & D., Gleaves (2006). The multiple dimensions of perfectionism and their relation with eating disorder features. *Personality and Individual Differences*, 41(2), 225-235.
- Pratt, E. M., Telch, C. F., Labouvie, E. W., Wilson, G. T., & Agras, W. S. (2001). Perfectionism in women with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 29(2), 177-186.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied psychological measurement*, 1(3), 385-401.
- Rhéaume, J., Freeston, M. H., Dugas, M. J., Ladouceur, R., Boivin, I., & Marchand, A. (1994). Version française du Frost Multidimensional Perfectionism Scale. [Instrument non publié]. Québec : Université Laval et Université du Québec à Montréal.
- Rhéaume, J., Freeston, M. H., Ladouceur, R., Bouchard, C., Gallant, L., Talbot, F., & Vallières, A. (2000). Functional and dysfunctional perfectionists: are they different on compulsive-like behaviors? *Behaviour Research and Therapy*, 38(2), 119-128.
- Rosenbaum, D., & K., White (2015). The relation of anxiety, depression, and stress to binge eating behavior. *Journal of health psychology*, 20(6), 887-898.
- Rosenberg, M. (1965). Rosenberg self-esteem scale (RSE). *Acceptance and commitment therapy. Measures package*, 61, 52.
- Rousseau, A., Valls, M., & Chabrol, H. (2015). Étude de validation de la version française de l'Échelle d'Estime Corporelle (Body Esteem Scale) chez les adolescentes et les jeunes adultes. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, 65(4), 205-210.
- Saboonchi, F., Lundh, L.-G., & Ost, L.-G. (1999). Perfectionism and self-consciousness in social phobia and panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 37(9), 799-808. doi:10.1016/S0005- 7967%2898%2900183-1.
- Sassaroli, S., Lauro, L. J. R., Ruggiero, G. M., Mauri, M. C., Vinai, P., & Frost, R. (2008). Perfectionism in depression, obsessive-compulsive disorder and eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 46(6), 757-765.

- Shanmugam, V., Jowett, S., & Meyer, C. (2011). Application of the transdiagnostic cognitive-behavioural model of eating disorders to the athletic population. *Journal of Clinical Sport Psychology*, 5(2), 166–191.
- Shanmugam, V., Jowett, S., & Meyer, C. (2013). Eating psychopathology amongst athletes: The importance of relationships with parents, coaches and teammates. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 11, 24–38.
- Shea, M., & M., Pritchard (2007). Is self-esteem the primary predictor of disordered eating?. *Personality and Individual Differences*, 42(8), 1527-1537.
- Sherry, S., & P., Hall (2009). The perfectionism model of binge eating: Tests of an integrative model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96(3), 690.
- Sherry, S. B., Sabourin, B. C., Hall, P. A., Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Gralnick, T. M. (2014). The perfectionism model of binge eating: Testing unique contributions, mediating mechanisms, and cross-cultural similarities using a daily diary methodology. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28(4), 1230.
- Smith, M. M., Saklofske, D. H., Yan, G., & Sherry, S. B. (2015). Perfectionistic strivings and perfectionistic concerns interact to predict negative emotionality: Support for the tripartite model of perfectionism in Canadian and Chinese university students. *Personality and Individual Differences*, 81, 141-147.
- Sorbara, M., & Geliebter, A. (2002). Body image disturbance in obese outpatients before and after weight loss in relation to race, gender, binge eating, and age of onset of obesity. *The International Journal of Eating Disorders*, 31, 416–421.
- Stoeber, J., & Diedenhofen, B. (2017). Multidimensional perfectionism and counterfactual thinking: Some think upward, others downward. *Personality and Individual Differences*, 119, 118-121.
- Stoeber, J., Mutinelli, S., & Corr, P. J. (2016). Perfectionism in students and positive career planning attitudes. *Personality and Individual Differences*, 97, 256-259.
- Stoeber, J., & K., Otto (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and social psychology review*, 10(4), 295-319.
- Tokley, M., & E., Kems (2007). Preoccupation with detail contributes to poor abstraction in women with anorexia nervosa. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, 29(7), 734-741.
- Treasure, J., & Schmidt, U. (2013). The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited: a summary of the evidence for cognitive, socio-

emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors. *Journal of eating disorders*, 1(1), 13.

Vallieres, E. F., & Vallerand, R. J. (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg. *International journal of psychology*, 25(2), 305-316.

## **Conclusion générale**

L'objectif de l'étude composant le projet doctoral était de vérifier comment les profils de perfectionnisme sont associés à la symptomatologie alimentaire et à certains processus psychologiques dans un échantillon de femmes adultes qui rapportent avoir des frénésies alimentaires. Les quatre profils de perfectionnisme utilisés ont été basés sur le modèle 2x2 de Gaudreau et Thompson (2010) et ils ont été créés à partir des deux dimensions principales du perfectionnisme, soit la Recherche de hauts standards et les Préoccupations perfectionnistes (Stoeber & Otto, 2006). Les résultats principaux de l'étude suggèrent que la Recherche de hauts standards est associée à davantage de symptômes alimentaires. De leur côté, les Préoccupations perfectionnistes entraveraient davantage le fonctionnement général des participantes.

La dimension Recherche de haut standard se définit comme étant l'établissement personnel de normes de performance élevées accompagné d'une grande attention accordée aux efforts émis pour les atteindre (Stoeber & Otto, 2006). Cette dimension est habituellement associée à des manifestations psychologiques positives telles que le sentiment d'auto-efficacité, l'actualisation de soi, l'adaptation au stress, une bonne estime de soi, des émotions agréables, des indices de bien-être psychologique, pour n'en nommer que quelques-unes (Blankstein & Dunkley, 2002 ; Gotwals, Stoeber, Dunn & Stoll, 2012 ; Hill, Huelsman & Araujo, 2010 ; Lizmore, Dunn & Dunn, 2017 ; Stoeber, Mutinelli &

Corr, 2016). Dans l'échantillon utilisé, la recherche de hauts standards ne semble pas associée positivement aux manifestations psychologiques précédemment nommées. En effet, les résultats viennent nuancer l'idée que la recherche de hauts standards entraîne un effet protecteur dans une population clinique de TCA. D'abord, le groupe *Standards personnels purs* ne présente pas un meilleur fonctionnement que le groupe *Non perfectionniste*. De plus, le groupe *Profil mixte* ne présente pas un meilleur fonctionnement que le groupe *Préoccupations pures*. Chez les femmes présentant des symptômes alimentaires caractérisés par des frénésies alimentaires, l'effet bénéfique de la Recherche de hauts standards ne se fait pas ressentir et ne parvient pas à surpasser l'effet négatif des Préoccupations perfectionnistes comparativement aux études effectuées auprès de populations non cliniques (Gaudreau & Thompson, 2010 ; Hill et al., 2010 ; Stoeber & Otto, 2006 ; Stoeber et al., 2016 ; Stoeber & Diedenhofen, 2017). Il semble possible que, pour cette population clinique, la recherche de hauts standards puisse se manifester différemment que dans une population non clinique. Par exemple, certaines femmes pourraient investir leurs hauts standards à travers des idéaux de poids à atteindre ou encore à travers la quête d'une alimentation très « saine » dans une optique de protéger leur estime et leur sentiment de valeur personnelle. Ces standards ciblés, recherche du poids idéal ou d'une alimentation « parfaite », sont non seulement élevés, mais irréalistes. Ainsi, à court terme, un sentiment de bien-être ou de valeur peut se faire ressentir en lien avec l'impression de se prendre en main, mais rapidement les individus sont confrontés à l'échec face à l'impossibilité d'atteindre ces standards rigides. Un sentiment de honte et l'impression de ne pas être à la hauteur peuvent alors émerger, ce qui favorise la recherche



et la poursuite de stratégies rapides et efficaces pour pallier au mal-être. Conséquemment, les comportements alimentaires pathologiques se perpétuent.

De son côté, la dimension Préoccupations perfectionnistes se décrit comme étant une tendance à s'évaluer durement, à douter de ses habiletés à atteindre les standards élevés fixés, ainsi qu'à percevoir que l'environnement social accorde de l'importance à l'atteinte de haut niveau de performance et met de la pression en ce sens (Gaudreau & Thompson, 2010). Les résultats de l'étude suggèrent que l'intensité des Préoccupations perfectionnistes joue un rôle important dans les comportements de frénésies alimentaires et autres processus associés. En effet, plus les préoccupations perfectionnistes sont présentes chez les femmes, plus le fonctionnement psychologique semble atteint. Ainsi, les participantes des groupes *Profil mixte* et *Préoccupations pures* présentent une plus faible estime de soi et estime corporelle, ainsi qu'un plus haut niveau de symptômes dépressifs. Ces résultats sont cohérents avec les données de la littérature qui suggèrent que cette dimension du perfectionnisme est plutôt associée à des manifestations négatives, dont les affects dépressifs, l'anxiété, la dysmorphophobie, les TCA, etc. (Buhlmann et al., 2008 ; Huprich, Porcerelli, Keaschuk, Binienda & Engle, 2008 ; Iketani et al., 2002 ; Saboonchi, Lundh & Ost, 1999 ; Sassoroli et al., 2008).

### **Perfectionnisme et TCA**

L'approche thérapeutique ayant le plus d'appuis scientifiques pour le traitement des TCA, la thérapie cognitive-comportementale améliorée pour TCA (CBT-E), propose

d'accorder de l'espace pour un module supplémentaire au traitement habituel lorsque les patients présentent de hauts niveaux de perfectionnisme (Fairburn, 2008). Ce traitement suggère que le perfectionnisme clinique soit travaillé lors du traitement pour un TCA en notant que cela peut interférer de manière importante avec la réponse aux soins, notamment via le renforcement du trouble lorsque le perfectionnisme est déployé dans la recherche du poids et du corps idéalisés, à travers la rigidité des standards qui est souvent imputables au perfectionnisme et à la forte importance accordée à la « réussite » pour l'image de soi. La thérapie cognitive-comportementale améliorée suggère des pistes pour identifier la présence d'un perfectionnisme problématique chez les individus souffrant d'un TCA, par exemple des règles rigides face à l'alimentation. Le traitement propose de cibler les enjeux relatifs à la surreprésentation de la performance dans l'image de soi, dont le poids et le corps font partie, l'évitement comportemental, les vérifications sur l'atteinte des standards de performance, les buts et standards élevés, ainsi que l'impact du perfectionnisme sur l'ensemble de la vie (Fairburn, 2008). Puisque la Recherche de hauts standards porte sur le fait de se fixer des normes de performance exigeantes et à s'efforcer consciencieusement de les atteindre, il est possible de faire un lien entre cette dimension du perfectionnisme et certains thèmes suggérés par le traitement, dont les buts et standards élevés, ainsi que la surreprésentation de la performance dans l'image de soi. Un parallèle avec la dimension Préoccupations perfectionnistes peut également être fait avec certaines pistes proposées, notamment les vérifications sur les performances et les conséquences du perfectionnisme sur la vie en général. En effet, les Préoccupations perfectionnistes concernent la présence de doutes sur les capacités à atteindre les standards fixés,

l'évaluation sévère de soi et la perception que l'entourage met de la pression à performer à de hauts niveaux. La portion relationnelle imputable aux préoccupations perfectionnistes ne semble toutefois pas être considérée dans les cibles de traitement proposées. Il serait intéressant d'approfondir le sujet dans de futures recherches adressant l'intervention en TCA pour valider si la composante relationnelle du perfectionnisme est nécessaire à cibler pour considérer le perfectionnisme dans son ensemble plutôt que de se concentrer principalement sur ses manifestations dans le monde de l'alimentation et du poids.

Le TCA est un trouble qui prend beaucoup de place dans la psyché de l'individu. Il devient rapidement central dans la vie de la personne et peut occuper une grande place dans l'image de soi. De plus, la présence de symptômes alimentaires combinée avec une recherche de hauts standards, qui est investie dans la quête du corps et du poids parfaits, offre un terrain propice à l'implantation d'un cercle vicieux. Par exemple, une personne qui veut perdre du poids voit la perte de poids et des règles alimentaires à suivre comme des standards à atteindre. Ce cercle permet d'entretenir les comportements pathologiques sur le long terme. Cette poursuite de la perfection à travers le corps devient égosyntone et est en cohérence avec l'identité de la personne. Dans ce contexte, lorsque ces individus sont rencontrés en thérapie et invités à abandonner ou à diminuer leurs standards rigides, ils peuvent mal recevoir cette nouvelle perspective. Celles-ci peuvent être perçues comme contraires à leurs valeurs, et même, entraîner de la résistance face au processus thérapeutique. Le traitement peut être vécu comme une menace et les individus peuvent être alors tentés de l'abandonner (Fairburn, 2008). Il apparaît nécessaire que le thérapeute

prenne le temps de reconnaître que la poursuite de ces hauts standards est cohérente pour l'individu et que son désir de maintenir ses comportements alimentaires, malgré les conséquences entraînées, donne l'impression de nourrir l'image de soi et l'identité. En ce sens, il semble pertinent de valider et mettre en lumière la fonction des comportements alimentaires pour l'alliance thérapeutique et l'engagement de la personne tout au long du traitement psychologique (Geller, Brown & Srikameswaran, 2011). La recherche de hauts standards pourrait s'avérer positive si elle ne comportait pas autant d'introjection qui, de pair avec la rigidité, crée une boucle malsaine. Par exemple, l'individu peut croire que la perfection et la performance le protègent de la honte et aide à construire l'estime de soi, renforçant l'idée que le perfectionnisme est bon pour lui. La personne ne prend cependant pas en considération les coûts associés : anxiété de performance, sentiment de valeur jamais atteint de manières satisfaisantes, désinvestissement des autres domaines valorisés comme la famille, les relations, les loisirs, etc. (Fairburn, 2008). Durant l'intervention, il devient cliniquement plus stratégique d'amener l'individu à réfléchir à l'impact négatif réel des hauts standards rigides et à la notion d'équilibre sur l'ensemble des valeurs. La tendance à tout investir dans un domaine entraîne souvent des conséquences regrettables pour l'individu, par exemple l'évitement des restaurants, puisque cela implique un risque de manger un repas « imparfait » ou offre un terrain propice pour une frénésie alimentaire, est une occasion perdue de rassemblement avec les amis et la famille (Fairburn, 2008). La notion de flexibilité est centrale pour l'intervention afin d'amener la personne à réviser certains standards non ajustés à la réalité et promouvoir ainsi une vie plus satisfaisante qui se rapproche de ses valeurs.

Le travail thérapeutique auprès d'individus qui investissent les standards élevés de manière introjectée, c'est-à-dire en cohérence avec le soi, peut entraîner des défis pour le thérapeute en début du traitement. En effet, un thérapeute qui propose un changement sur les comportements alimentaires et qui aborde d'emblée ceux-ci comme étant pathologiques pourrait stimuler une forte résistance chez son client. Le thérapeute pourrait se retrouver à provoquer une réaction inverse, c'est-à-dire une cristallisation du client dans ce qui fait sens pour lui, et dans le pire cas, entraîner l'abandon du traitement (Vitousek, Watson & Wilson, 1998). La conduite d'un bon entretien motivationnel avec la clientèle atteinte de TCA est souvent nécessaire pour assurer l'adhérence au traitement et apparaît d'autant plus nécessaire en présence d'un haut niveau de perfectionnisme (Treasure & Schmidt, 2001). Une évaluation approfondie de la place du perfectionnisme chez le client en première phase de traitement pourrait aider à commencer le traitement du bon pied. De plus, considérer le rôle qu'occupe le perfectionnisme dans l'identité de la personne aidera également à l'élaboration du plan d'intervention et l'estimation du nombre de rencontres requis. Cela pourrait également guider le thérapeute dans l'évaluation du temps qui doit être investi dans l'entretien motivationnel. Il pourrait aussi s'avérer pertinent de considérer la présence des deux dimensions du perfectionnisme chez l'individu traité : la présence plus ou moins forte des préoccupations perfectionnistes et de la recherche de hauts standards. Le modèle 2x2 pourrait servir de balise pour l'évaluation du perfectionnisme à des fins cliniques. De plus, l'évaluation des motivations sous-jacentes au perfectionnisme pourrait être une piste intéressante également afin de valider s'il s'agit de motivation introjectée ou non.

### Frénésies alimentaires

Chez plusieurs individus, la frénésie alimentaire est une stratégie d'adaptation pour gérer les émotions désagréables et trouver une source de réconfort. Cette stratégie place malheureusement les personnes ayant des hauts standards en situation d'échec, puisque les frénésies alimentaires sont des comportements fortement conditionnés via les principes du renforcement négatif en enlevant (neutralisant) un malaise émotionnel ou par renforcement positif à cause du plaisir momentané que procurent les aliments ingérés. L'individu ne ressent donc plus sa colère, sa peine ou sa honte et il peut même retirer une forme de réconfort, de soulagement, voire de plaisir avec la nourriture ingérée. Étant donné que les frénésies alimentaires sont fortement renforcées par leur pouvoir d'apaisement et de réconfort, l'individu qui présente des hauts standards investis dans la recherche de la minceur et du contrôle alimentaire sentira qu'il ne parvient pas à atteindre ses standards et qu'il ne parvient pas à avoir le contrôle tant recherché. En ce sens, il serait intéressant de vérifier si ceux-ci se retrouvent souvent dans les profils de perfectionnisme *Standards personnels purs* ou *Profil mixte* et s'ils ressentent davantage de honte et de sentiment d'échec. Si cela s'avérait confirmé, ces derniers présenteraient probablement davantage de symptômes alimentaires et processus psychologiques associés. Dans un autre ordre d'idées, il se pourrait également que ces individus se retrouvent plutôt dans le profil *Non perfectionnisme*, c'est-à-dire qu'ils n'auraient pas de hauts standards de manière marquée et seraient plutôt à la recherche du plaisir immédiat. Il serait intéressant d'utiliser les modèles de conceptualisation de l'hyperphagie boulimique, qui propose des pistes face aux sens des frénésies alimentaires, en association avec les profils de

perfectionnisme pour de futures recherches. Ceci pourrait donner des indications à savoir si certains profils sont davantage associés aux frénésies alimentaires comme stratégie d'évitement ou comme stratégie de recherche de plaisir avant tout, ce qui offrirait des pistes pertinentes pour l'intervention.

En somme, la présence de perfectionnisme complexifie le traitement psychologique des TCA en jouant le rôle d'un facteur de renforcement dans la pathologie. Chez les TCA, l'atteinte du poids parfait devient un mirage représentant une solution ultime à l'estime de soi fragile. Les efforts investis dans la quête du poids parfait soulagent temporairement l'inconfort, mais confirment l'impression négative de ne pas rencontrer les standards en vigueur et viennent alors renforcer le TCA. Les Préoccupations perfectionnistes reviennent rapidement ; l'individu ne perçoit qu'un échec et se rattache à nouveau à ses hauts standards comme solution au mal-être ressenti. Conséquemment, la pathologie s'entretient par elle-même et la souffrance de l'individu se perpétue. La thérapie cognitive-comportementale améliorée soulève des pistes intéressantes pour maximiser les chances de rémission chez les individus souffrant d'un TCA qui présentent également un perfectionnisme clinique. Les TCA constituent une population clinique qui présente un défi considérable quant aux probabilités de rémission. Le perfectionnisme ajoute un facteur de maintien et de résistance au traitement. Ne pas considérer cette variable lors du traitement pourrait nuire au rétablissement du client traité. L'attention portée au perfectionnisme lors d'un traitement ciblant des symptômes TCA semble donc essentielle.

## **Références générale**



- Adkins, K. K., & Parker, W. (1996). Perfectionism and suicidal preoccupation. *Journal of Personality*, 64(2), 529-543.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Beck, A. T. 1976. Cognitive therapy and emotional disorders, New York: International Universities Press.
- Bennett, J., Greene, G., Schwartz-Barcott, D., 2013. Perceptions of emotional eating behavior. A qualitative study of college students. *Appetite* 60, 187–192.
- Bidzan, M., Yousaf, O., Lipowski, M., & Lipowska, M. (2018). How health-related behaviors predict body-esteem in men. *American journal of men's health*, 12(6), 1901-1907.
- Branfman, T., & Bergler, E. (1955). Psychology of perfectionism. *American Imago*, 12(9), 9-15.
- Brechan, I., & Kvalem, I. L. (2015). Relationship between body dissatisfaction and disordered eating: Mediating role of self-esteem and depression. *Eating behaviors*, 17, 49-58.
- Brosos, L. C., & Levinson, C. A. (2017). Social appearance anxiety and dietary restraint as mediators between perfectionism and binge eating: A six month three wave longitudinal study. *Appetite*, 108, 335-342.
- Bulik, C. M., Tozzi, F., Anderson, C., Mazzeo, S. E., Aggen, S., & Sullivan, P. F. (2003). The relation between eating disorders and components of perfectionism. *American Journal of Psychiatry*, 160(2), 366-368.
- Burn, D. D. (1980). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today*, 14, 34-52.
- Byrd-Bredbenner C, Murray J, Schlussek YR. (2005) Temporal changes in anthropometric measurements of idealized females and young women in general. *Women Health*, 41(2), 13-30.

- Douilliez, C., & Lefèvre, F. (2011). Interactive effect of perfectionism dimensions on depressive symptoms: A reply to. *Personality and Individual Differences*, 50(7), 1147-1151.
- Dunkley, D. M., Blankstein, K. R., Masheb, R. M., & Grilo, C. M. (2006). Personal standards and evaluative concerns dimensions of "clinical" perfectionism: A reply to Shafran et al.(2002, 2003) and Hewitt et al.(2003). *Behaviour research and therapy*, 44(1), 63-84.
- Fairburn, C. G., Welch, S. L., Doll, H. A., Davies, B. A., & O'Connor, M. E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa: A community-based case-control study. *Archives of General psychiatry*, 54(6), 509-517.
- Fenning, S., Hadas, A., Itzhaky, L., Roe, D., Apter, A., & Shahar, G. (2008). Self-criticism is a key predictor of eating disorder dimensions among inpatient adolescent females. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 762-765.
- Fitzsimmons-Craft, E., Bardone-Cone, A., Brownstone, L., & M., Harney (2012). Evaluating the roles of anxiety and dimensions of perfectionism in dieting and binge eating using weekly diary methodology. *Eating behaviors*, 13(4), 418-422.
- Forbush, K., Heatherton, T. F., & Keel, P. K. (2007). Relationships between perfectionism and specific disordered eating behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, 40(1), 37-41.
- Franzoi, S. L., & Shields, S. A. (1984). The body esteem scale: Multidimensional structure and sex differences in a college population. *Journal of Personality Assessment*, 48(2), 173-178.
- Freud, S. (1959). Inhibitions, symptoms, and anxiety. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 20, pp. 77-175). London: Hogarth Press. (Original work published 1923).
- Geller, J., Brown, K. E., & Srikameswaran, S. (2011). The efficacy of a brief motivational intervention for individuals with eating disorders: a randomized control trial. *International Journal of Eating Disorders*, 44(6), 497-505.
- Haedt-Matt, A. A., & Keel, P. K. (2011). Revisiting the affect regulation model of binge eating: a meta-analysis of studies using ecological momentary assessment. *Psychological bulletin*, 137(4), 660.

- Harvey, K., Rosselli, F., Wilson, G. T., DeBar, L. L., & Striegel-Moore, R. H. (2011). Eating patterns in patients with spectrum binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 44(5), 447-451.
- Hawkins, N., Richards, P. S., Granley, H. M., & Stein, D. M. (2004). The impact of exposure to the thin-ideal media image on women. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 12(1), 35-50.
- Herman, C. P., & Polivy, J. (1984). A boundary model for the regulation of eating. *Research Publications-Association for Research in Nervous and Mental Disease*, 62, 141.
- Hilbert, A., Pike, K., Goldschmidt, A., Wilfley, D., Fairburn, C., Dohm, F., & R., Weissman (2014). Risk factors across the eating disorders. *Psychiatry research*, 220(1), 500-506.
- Izydorczyk, B. (2013). Selected psychological traits and body image characteristics in females suffering from binge eating disorder. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 15(1), 19-33.
- Kehayes, I. L. L., Smith, M. M., Sherry, S. B., Vidovic, V., & Saklofske, D. H. (2019). Are perfectionism dimensions risk factors for bulimic symptoms? A meta-analysis of longitudinal studies. *Personality and Individual Differences*, 138, 117-125.
- Leehr, E. J., Krohmer, K., Schag, K., Dresler, T., Zipfel, S., & Giel, K. E. (2015). Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity—a systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 49, 125-134. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.12.008>.
- Lowe, M. R. (1993). The effects of dieting on eating behavior: A three-factor model. *Psychological bulletin*, 114(1), 100.
- Mendelson, B. K., McLaren, L., Gauvin, L., & Steiger, H. (2002). The relationship of self-esteem and body esteem in women with and without eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 31(3), 318-323.
- Pacht, A.R. (1984). Reflections on perfection. *American Psychologist*, 39, 386-390.
- Puhl, R., & K., Brownell (2001). Bias, discrimination, and obesity. *Obesity research*, 9(12), 788-805.
- Puhl, R., & C., Heuer (2009). The stigma of obesity: a review and update. *Obesity*, 17(5), 941-964.

- Rice, K. G., & Ashby, J. S. (2007). An efficient method for classifying perfectionists. *Journal of Counseling Psychology*, 54, 72–85.
- Rice, K. G., Ashby, J. S., & Slaney, R. B. (1998). Self-esteem as a mediator between perfectionism and depression: A structural equations analysis. *Journal of counseling psychology*, 45(3), 304.
- Ruderman, A. J. (1986). Dietary restraint: a theoretical and empirical review. *Psychological bulletin*, 99(2), 247.
- Sherry, S. B., MacKinnon, A. L., Fossum, K. L., Antony, M. M., Stewart, S. H., Sherry, D. L., ... & Mushquash, A. R. (2013). Perfectionism, discrepancies, and depression: Testing the perfectionism social disconnection model in a short-term, four-wave longitudinal study. *Personality and Individual Differences*, 54(6), 692-697.
- Shields, M., Gorber, S. C., & Tremblay, M. S. (2008). Estimations de l'obésité fondées sur des mesures autodéclarées et sur des mesures directes. *Rapports sur la santé*, 19(2), 69-85.
- Statistique canada (2013). *Section D- Trouble des conduites alimentaires*. Gouvernement du Canada. Récupéré de <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-619-m/2012004/sections/sectiond-fra.htm>.
- Stein, R. I., Kenardy, J., Wiseman, C. V., Dounchis, J. Z., Arnow, B. A., & Wilfley, D. E. (2007). What's driving the binge in binge eating disorder?: A prospective examination of precursors and consequences. *International Journal of Eating Disorders*, 40(3), 195-203.
- Stice, E. (1994). Review of the evidence for a sociocultural model of bulimia nervosa and an exploration of the mechanisms of action. *Clinical psychology review*, 14(7), 633-661.
- Stumpf, H., & Parker, W. D. (2000). A hierarchical structural analysis of perfectionism and its relation to other personality characteristics. *Personality and individual differences*, 28(5), 837-852.
- Treasure, J., Claudino, A., & N., Zucker (2010). *Eating disorders*. *Lancet* 375, 583–593.
- Treasure, J., & Schmidt, U. (2001). Ready, willing and able to change: Motivational aspects of the assessment and treatment of eating disorders. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 9(1), 4-18.

- Unick, J., Beavers, D., Jakicic, J., Kitabchi, A., Knowler, W., Wadden, T., & R., Wing (2011). Effectiveness of lifestyle interventions for individuals with severe obesity and type 2 diabetes results from the look AHEAD trial. *Diabetes care*, 34(10), 2152-2157.
- Vandereycken, W. (1993). The sociocultural roots of the fight against fatness: Implications for eating disorders and obesity. *Eating Disorders*, 1(1), 7-16.
- Vitousek, K., Watson, S., & Wilson, G. T. (1998). Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clinical psychology review*, 18(4), 391-420.